Nr. 8. 20. lutego 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

A. LANDAU, J. CYGELSTREICH i A. GROCHOWSKI. Warszawa.

O stosowaniu sanochryzyny w gruźlicy płuc *).

Z I-go oddziału wewn. Szpitala Wolskiego. Ordynator: Dr. A. Landau.

Jakkolwiek odkrycie tuberkuliny w dziejach poznania gruźlicy jest zdarzeniem epokowem, to jednak fiasko tej metody leczniczej suchot płucnych wprowadziło do kliniki nastrój pesymizmu, z którego do ostatnich lat nie była ona w stanie się otrząsnąć. Najlepsi znawcy gruźlicy odnosili się z wielkim sceptycyzmem do wszelkich prób chemoleczniczych, powołując się stale i zawsze na niepowodzenie z tuberkuliną. Wprawdzie wprowadzona wkrótce potem do kliniki przez Forlaniniego odma sztuczna rzuciła do tej atmosfery rozpaczy i zwątpienia błysk nadziei, jednak ta nowa metoda, nieraz bardzo pomocna, rzadko radykalna nie jest zasadniczem rozstrzygnięciem kwestji leczenia suchot płucnych. To też po ogłoszeniu w r. 1924 przez Möllgaarda i jego towarzyszy klinicznych dużego tomu „The Chemoterapy of tuberculosis" zawrzało. Z jednej strony nie brak było gołosłownych głosów zwątpienia, które bez dostatecznych podstaw laboratoryjnych i klinicznych wciąż operowały wspomnieniami o niepowodzeniu tuberkulinowego leczenia suchot płucnych, z drugiej zaś strony zjawia się olbrzymia ilość badań laboratoryjnych, doświadczalnych na zwierzętach i klinicznych, które każdą myśl Möllgaarda analizują, każdy wynik jego dochodzeń usiłują dokładnie sprawdzić. Klinicysta nie może zabierać głosu w sprawie, czy w soli sodowej kwasu złotowotiosiarkowego złoto, jest istotnie drobiną trójwartościową i tworzy mocne połączenie z tlenem, jak chce Möllgaard, a nie jest jednowartościowym metalem, luźno połączonym z siarką, jak utrzymują inni. Jakkolwiek dla zrozumienia powikłań, występujących w przebiegu leczenia sanochryzynowego, nie jest obojętną kwestja, czy naprawdę przetwór ten przy przeróbce jego w ustroju nie daje czynnych i trujących jonów złotowych, a wyłącznie złoto metaliczne, jak twierdzi Möllgaard, jednak w obecnej chwili klinicysta nie jest uprawniony do precyzowania swego stanowiska w tym względzie. Również z punktu widzenia klinicznego nie są dla nas miarodajne wyniki badań nad działaniem bakterjobójczem sanochryzyny na prątki gruźlicze *in vitro;* jak wiadomo, wyniki odnośne nie są jednolite, jedne z nich potwierdzają poglądy Möllgaarda, inne znów obalają. Zresztą jeżeli uprzytomnimy sobie, iż salwarsan, ten czołowy środek chemoterapeutyczny, w probówce na krętek blady prawie nie działa, to z tego wyprowadzić musimy wniosek, iż wpływ sanochryzyny na prątki gruźlicze w probówce bynajmniej nie decyduje o jego własnościach *in vivo*; pod tym względem jedynie miarodajne są doświadczenia *in vivo:* na zwierzętach i ludziach. Klinika, rzecz prosta, musi się liczyć z wynikami leczenia za pomocą sanochryzyny zwierząt sztucznie zakażonych prątkiem gruźliczym lub też samoistnie zapadłych na gruźlicę, jednak doświadczeń tych dosłownie na człowieka przenosić nie można. Tak np. ustalonem zostało, że sanochryzyna nie działa na małe zwierzęta laboratoryjne (królik, świnka morska), zakażone gruźlicą, co się zaś tyczy zwierząt dużych (cielęta, krowy, kozy), to tutaj olbrzymie znaczenie odgrywa zjadliwość szczepu gruźliczego, którym zarażono zwierzęta. Pomyślne wyniki, jakie otrzymał Möllgaard w leczeniu sanochryzyną cieląt i kóz, sztucznie zakażonych gruźlicą, w znacznym stopniu zależne są od niezbyt wielkiej zjadliwości szczepu perlicy krowiej, którym on się posiłkował w swych doświadczeniach. W doświadczeniach Neufelda, w których u zwierząt stosowano szczepy gruźlicze bardzo zjadliwe, sanochryzyna nie tylko nie dawała wyleczenia, lecz nieraz przyśpieszała zejście śmiertelne. W innych znów doświadczeniach na krowach, zakażonych zjadliwym szczepem gruźliczym, duże dawki sanochryzyny (0,06 na kilo wagi) dawały zejście śmiertelne, gdy dawki znacznie mniejsze (0,01 do 0,02 na kilo wagi) wykazywały wybitne działanie lecznicze. O doświadczeniach powyższych musi klinicysta dobrze pamiętać, albowiem dowodzą one, iż wynik leczniczy przy stosowaniu sanochryzyny wcale nie jest proporcjonalny do wielkości dawki i że właściwie mniejsze dawki leku dają efekt lepszy od dawek wielkich.

Przechodząc do zestawienia wyników, otrzymanych po stosowaniu sanochryzyny u 23 chorych na gruźlicę płuc [1]), przedewszystkiem zaznaczyć muszę, iż pisząc i mówiąc obecnie o sanochryzynie, niepodobna opierać się wyłącznie na własnych spostrzeżeniach i wrażeniach; odnośne piśmiennictwo, a wraz z niem nagromadzony materjał kliniczny są już bardzo znaczne, a mimoto rozbieżność zdań nawet w kwestjach zasadniczych jest wielka.

Zacznę od surowicy. Möllgaard i Secher wyobrażają sobie mechanizm działania sanochryzyny na ustrój gruźliczy zwierzęcy i ludzki, jako wyłącznie bakterjobójczy; tą drogą sanochryzyna ma uwalniać z zabitych laseczek gruźliczych jady tuberkulinowe, które, nie znajdując w ustroju dopasowanych przeciwciał, dają ciężkie obrazy wstrząsu ze spadkiem ciepłoty, zapaścią, niedomogą mięśnia sercowego i białkomoczem; wstrzykiwanie surowicy, pobranej od zwierząt gruźliczych, lub specjalnie przygotowanych przez podawanie pozajelitowe zabitych laseczek gruźliczych i tuberkuliny, usuwa groźne objawy wstrząsu, ew. surowica, wstrzyknięta zapobiegawczo, objawy te uprzedza. Myśmy surowicy nigdy nie stosowali. Również nie korzystali z niej Bernard, Hennius, Freudenthal; inni, jak Würtzen, Knud Faber i t. d., zarzucili ją po mniej lub więcej długich bezowocnych próbach. Bernard miał poważne wątpliwości co do swoistości surowicy „przeciwtuberkulinowej" i sądził, iż białkomocz i wstrząsy, jakie występują nieraz po zastrzyknięciu sanochryzyny, zależne są od gwałtownego działania nie jadów tuberkulinowych, jakoby wyzwolonych z zabitych przez sanochryzynę laseczek gruźliczych, lecz ciężkiego metalu. Ani na chwilę nie można wątpić, iż Möllgaard był w stanie za pomocą swej surowicy usuwać u cieląt groźne objawy posanochryzynowe. Potwierdza to zresztą Madsen na cielętach, a Fernbach et Raller zauważyli na gruźliczych świnkach morskich, iż surowica, wstrzykiwana jednocześnie ze śmiertelną dawką sanochryzyny, przedłuża życie świnek. W spostrzeżeniach Sechera na ludziach również spotkać można przykłady bardzo efektownego wpływu surowicy, usuwającej w przeciągu kilku lub kilkunastu godzin znaczny białkomocz lub zapaść posanochryzynową. To jest działanie surowicy doraźne, po którem przychodzą następstwa późniejsze, dla gruźlicy bardzo często niepomyślne. Otóż dawniejsze spostrzeżenia kliniczne jednego z nas ze stosowaniem u ludzi surowicy — świadczą, iż właśnie w gruźlicy płuc choroba posurowicza przebiega niezwykle burzliwie i że na gruźlicę ludzką wszelka proteinoterapja pozajelitowa, czy to będzie mleko, czy surowica, czy wreszcie inne przetwory białkowe, wpływa wyjątkowo niepomyślnie. Uważając proteinoterapję, a więc i surowicę w gruźlicy za bezwzględnie przeciwwskazaną, postanowiliśmy od pierwszej chwili, kiedy dostaliśmy do rąk sanochryzynę, surowicy nie stosować. Faber, Würtzen i inni, którzy na początku posiłkowali się surowicą, w końcu doszli do przekonania, iż surowica nie jest w gruźlicy płuc środkiem obojętnym, i że wiele niepowodzeń leczenia sanochryzynowego złożyć należy na karb właśnie surowicy.

Zrezygnowawszy ze stosowania surowicy, a z drugiej strony licząc się z możliwością powikłań sanochryzynowych, musieliśmy się zastanowić, czem surowicę możnaby zastąpić. — Przedewszystkiem zaczęliśmy rozpuszczać sanochryzynę nie w wodzie destylowanej, lecz w 10 cm. sz. 5% rozczynu cukru gronowego, którego działanie przeciwwstrząsowe i przeciwtoksyczne znane jest wogóle w klinice wewnętrznej. Drugim środkiem zapobiegawczym, jakiego chwyciliśmy się celem uprzedzenia powikłań sanochryzynowych było zmniejszenie jednorazowej dawki leku.

Pierwsze próby przeniesienia doświadczeń Möllgaarda na człowieka dokonane zostały ze względnie dużemi dawkami leku (Sechter, Permin, Faber); autorowie duńscy zaczynali od 0,5 sanochryzyny, następne dawki wynosiły 1,0, były nieraz powiększane do 1,25—1,5, przyczem odstęp między temi dawkami w jednych przypadkach był 6—7-dniowy, w innych był bardzo krótki, bo wynosił zaledwie 2 dni. Punktem wyjścia tego postępowania leczniczego było dążenie do jaknajintenzywniejszego nasycenia ustroju sanochryzyną, a to dzięki znacznym własnościom prątkobójczym, a słabej zdolności organotropowej leku miało dać najbardziej pożądany efekt leczniczy. Jednak doświadczenie kliniczne na człowieku

*) Według odczytu, wygłoszonego dnia 2 listopada 1926 r. w Tow. Lek. Warsz.

[1]) Spostrzeżenia powyższe mogły być zapoczątkowane dzięki uprzejmości Komitetu sanochryzynowego, który udzielił nam pewnej ilości leku, za co składamy mu serdeczne podziękowanie.

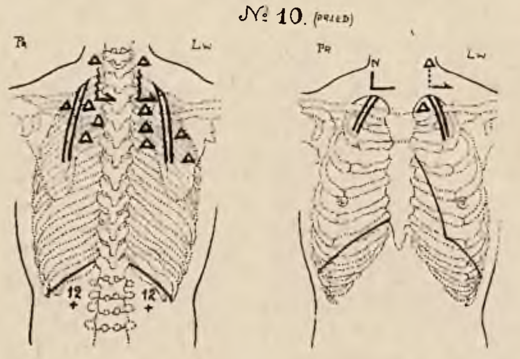
chorym nie potwierdziło tych apriorystycznych założeń autorów duńskich. Okazało się, iż ustrój gruźliczy odznacza się wybitnie wzmożoną wrażliwością na nadmiar ciężkiego metalu i że duże dawki sanochryzyny powodują gwałtowne wstrząsy i odczyny, które za pomocą surowicy nie zawsze opanować się dają; a że surowica dla ustroju gruźliczego, jak już zaznaczyliśmy, nie jest lekiem obojętnym, przeto duże dawki sanochryzyny u niejednego chorego były przyczyną zejścia śmiertelnego, u innych zaś otrzymywano pogorszenie choroby, a wraz z tem i skrócenie życia chorego. Wprawdzie Knud Faber podaje, iż kilkudniowe obostrzenia sprawy chorobowej z gorączką i nasileniem miejscowych objawów płucnych, jakie autor ten otrzymywał po drugiej gramowej dawce sanochryzyny, wstrzykiwanej w dwa dni po pierwszej — $^1/_2$ gramowej dawce, wydawały się dla dalszego biegu sprawy chorobowej pożądanemi, jednak autor ten, przeszedłszy następnie na mniejsze dawki sanochryzyny, przekonał się, zarówno jak Permin, Bogason i inni, iż odczyn gorączkowy z pogorszeniem objawów płucnych nie jest koniecznym warunkiem dalszej poprawy. Doświadczenie kliniczne nauczyło ostatecznie, iż w dawkowaniu sanochryzyny nakazana jest ostrożność, że raczej należy unikać większych odczynów, zarówno gorączkowych, jak innych i że nasycenie ustroju jaknajwiększą ilością złota w jaknajkrótszym czasie jest niepotrzebne, a raczej szkodliwe, albowiem odosobnione bakterjobójcze działanie złota bez uszkodzenia tkanek jest iluzją. Te okoliczności przyczyniły się do okrojenia dawek sanochryzyny, pozwoliły otrzymywać lepsze efekty lecznicze i prawie całkowicie wyrugowały surowicę. Osobiście jeszcze przed $1^1/_2$ laty, a więc przed ogłoszeniem spostrzeżeń Bogasona, Permina i innych postępowaliśmy właśnie w ten sposób i posiłkowaliśmy się naogół mniejszemi dawkami sanochryzyny.

Rozpoczynaliśmy zazwyczaj od dawki 0,25 gr., zastrzyknięcia robiono raz na tydzień, czyli z 6-ciodniową przerwą, następne dawki wynosiły po 0,5 gr., poczem przechodziliśmy do dawki 0,75 gr., której nie przekraczaliśmy. Jako prawidła, trzymaliśmy się zasady, iż dawka leków ulegała zwyżce, o ile poprzednie zastrzyknięcie przebiegało bez większych powikłań. Jeżeli w moczu zjawiało się białko, chociażby przelotnie i w minimalnych ilościach, jeżeli lek dawał duży skok ciepłoty, rażące zmiany w samopoczuciu lub stanie ogólnym, rozwolnienie i t. d. — dawka następnego zastrzyknięcia była taka sama, jak poprzednia. Postępując w ten sposób w przeciągu $1^1/_2$ roku nie spostrzegaliśmy ani razu tak zw. wstrząsu tuberkulinowego, który mógł nas zniewolić do zastosowania surowicy. Dopiero podczas pisania artykułu niniejszego natknęliśmy się na oddziale na przypadek podostro przebiegającej prosówki płucnej, w którym dwukrotnie zastosowana sanochryzyna w dawce 0,1 i w odstępie 5—10-dniowym dawała każdorazowo burzliwe odczyny wstrząsu z gwałtownym skokiem i późniejszym jeszcze gwałtowniejszym spadkiem ciepłoty, osłabieniem działalności mięśnia sercowego i t. d. — Odczyny powyższe dowodziły wybitnej wrażliwości chorego na lek, albowiem podobne objawy, jakkolwiek słabiej zaznaczone występowały nawet po 0,05 gr. sanochryzyny. Obawa przed znacznem pogorszeniem stanu chorego skłoniła nas do zarzucenia sanochryzyny w tym przypadku.

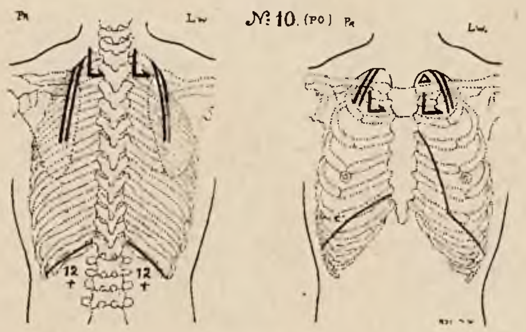
Ogólna ilość wstrzykiwanego leku jest u różnych autorów różna; autorowie duńscy dają przeciętnie 6—8 gr. w jednej kuracji, L. Bernard dochodził do 12 gr., niektórzy (Freudenthal) ograniczają się od 3—4 gr.; osobiście uważaliśmy, iż ogólna ilość powinna być indywidualizowana i że w tym względzie należy kierować się biegiem przypadku.

Przechodzimy obecnie do dokładnego omówienia otrzymanych przez nas wyników. Ogólna ilość leczonych przez nas przypadków wynosi 23, którą podzieliliśmy na 5 grup.

Do pierwszej grupy należy 7 przypadków, w których w czasie kuracji sanochryzynowej stwierdzaliśmy znikanie laseczników z plwociny. Zjawisko powyższe, w szpitalu bądź co bądź nieczęste, nie występuje nagle, lecz przygotowuje się powoli. W plwocinie chorych odnośnych, która przed zastrzykiwaniami sanochryzyny zawierała prątki w ilości 2—3 do 10 i więcej w każdem polu widzenia preparatu, przyrządzonego w sposób zwykły, stają się one coraz rzadsze, wykrywają się co parę pól widzenia, następnie w ilości paru na jednym lub kilku preparatach, później do wykrycia prątków należy się uciekać do sztucznych sposobów homogenizacji, aż wreszcie znikną zupełnie, zazwyczaj zmieniwszy uprzednio kształt pałeczkowaty na skupienie ziarenek kwasoodpornych. Czas, kiedy prątki gruźlicze u naszych chorych grupy I-szej znikały z plwociny, jest różny: u jednego zginęły one po 4-em zastrzyknieciu, u dwu — po 5-tem, u pozostałych 4-ch, po 6-em, 8-em, 9-em i 11-em zastrzyknięciu. O znikaniu prątków plwociny, jako zjawisku częstem w kuracji sanochryzynowej, wspominają autorowie duńscy — Permin, Secher, Knud Faber; L. Bernard tego nie był w stanie stwierdzić, pomimo znacznej poprawy chorych i tę niezgodność z całym naciskiem podkreśla. Czy znikanie prątków z plwociny jest trwałe? Jakkolwiek w tej chwili trudno nam na to pytanie odpowiedzieć z całą ścisłością, jednak przypuszczamy, iż odpowiedź wypadnie raczej przecząca. W całym szeregu przypadków, o których będzie jeszcze mowa poniżej, stwierdzaliśmy na początku kuracji wybitne zmniejszanie się prątków, które w dalszym przebiegu choroby znów zjawiały się w obfitej ilości w plwocinie. U chorych grupy I-szej, u których stwierdziliśmy zniknięcie prątków, późniejsza ich obserwacja w szpitalu od tego momentu

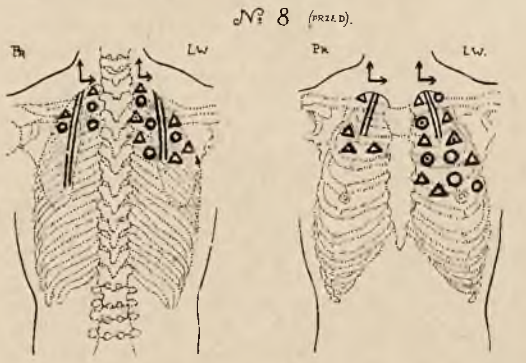


Rys. 1.

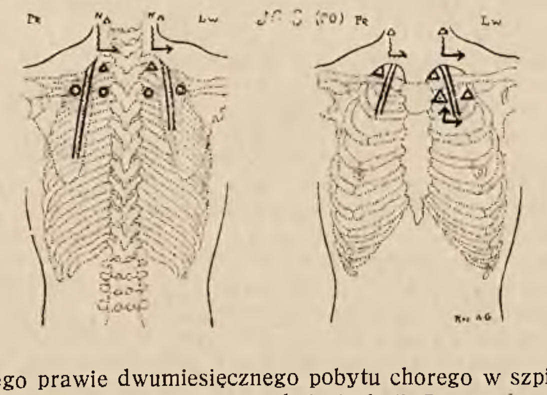


Rys. 2.

wynosiła parę lub kilka tygodni, najwyżej parę miesięcy. Po wypisaniu się ze szpitala chorzy ci ginęli nam z oczu, tak że dalszy ich los jest nam nieznany. Z przypadków omawianych w jednym chory 19-to letni (Nr. 1) z rozpoznaniem *tbc. fibrocaseosa duplex* stracił prątki po 5-em zastrzyknięciu sanochryzyny (w ogólnej dawce 3,75 gr.); nie wykrywały się onę w plwocinie podczas dal-



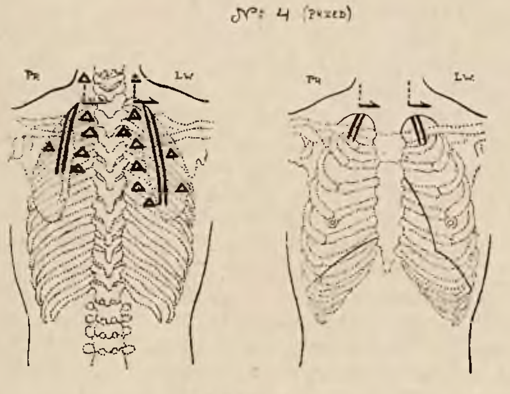
Rys. 3.



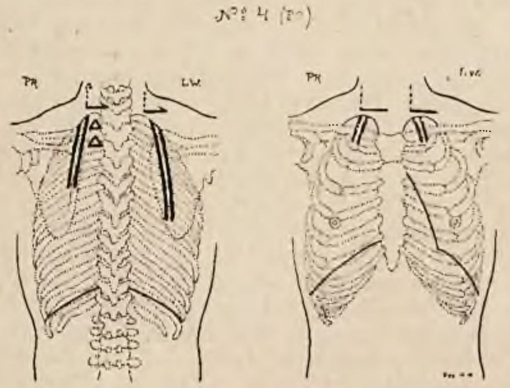
Rys. 4.

szego prawie dwumiesięcznego pobytu chorego w szpitalu, przyczem otrzymał on w 8-iu zastrzyknięciach 5,75 sanochryzyny. Chorego tego mieliśmy możność zbadać ambulatoryjnie jeszcze w 8 miesięcy później i wówczas również plwocina, badana sposobem zwykłym oraz homogenizacyjnym, prątków nie wykazywała. Jednak w 4

miesiące później, a więc w rok po zniknięciu prątków, zjawiły się one na nowo w plwocinie wraz z pogorszeniem stanu chorego. Przyjęty po raz drugi do szpitala w kwietniu 1926 r. celem powtórzenia kuracji sanochryzynowej, pacjent ten zaczął się szybko poprawiać, prątki ponownie zginęły po 6 zastrzyknięciach sanochryzyny w dawce 3,75 gr., ale ku naszemu wielkiemu zdumieniu w trakcie dalszej kuracji sanochryzynowej zjawiły się one ponownie, tak że pacjent, otrzymawszy w drugiej serji 9 zastrzyknięć (6 gr. sanochryzyny) wypisany został na wieś z plwociną, która bez homogenizacji zawierała 0—1 prątków w polu widzenia. Na podkreślenie zasługuje okoliczność, iż u chorych tej kategorji wraz ze znikaniem prątków ginie lub wybitnie maleje w plwocinie próba białkowa, która przed kuracją sanochryzynową była stale wybitnie dodatnia. Z 7-iu chorych, których plwocina przestała zawierać prątki, 5 straciło również próbę białkową, u jednego Nr. 8, u którego prątki zginęły dopiero po 12 zastrzyknięciach (ogółem chory otrzymał 13 injekcyj), próba białkowa w plwocinie pozostawała wyraźnie dodatnią, u jednego (N. 10) próba białkowa zmalała do śladów. Znikanie próby białkowej jest co do czasu zwykle późniejsze w porównaniu z prątkami: różnica wynosi zazwyczaj 1—2 tygodnie. W jednym przypadku (Nr. 14) próba białkowa zginęła po



Rys. 5

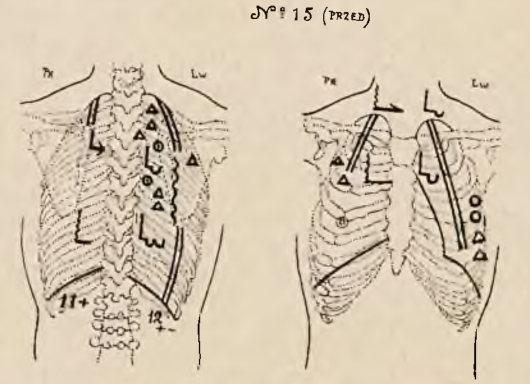


Rys. 6.

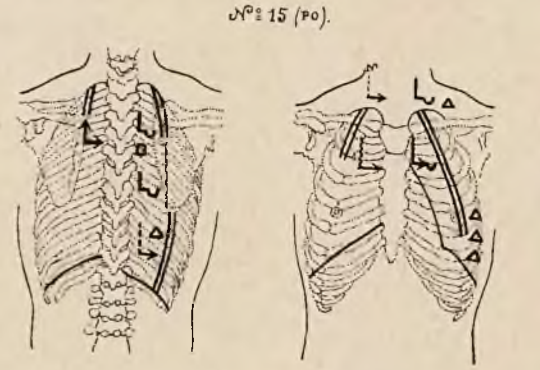
8 injekcjach, prątki zaś przestały się wykrywać dopiero po 9 zastrzyknięciach. W przypadku Nr. 1, o którym była mowa powyżej i w którym w 8 miesięcy po wypisaniu się ze szpitala plwocina jeszcze nie zawierała prątków, próba białkowa w owym czasie była również ujemna. Wraz z ponownem zjawieniem się prątków w plwocinie chorego próba białkowa zamieniła się na dodatnią. U chorych pierwszej grupy całkiem rozmyślnie omówiliśmy na pierwszem miejscu zmiany w plwocinie, albowiem jest to objaw najbardziej znamienny i najmniej wzbudzający wątpliwości, a w naszych warunkach szpitalnych naogół rzadko spostrzegany.

Co u chorych grupy 1-ej wykazuje zwykle badanie kliniczne? Skargi ich maleją, samopoczucie i łaknienie poprawiają się, również sen; nocne poty ustępują, wybitnie słabnie lub całkiem ustaje kaszel. Wraz z tem staje się skąpszą plwocina; niektórzy chorzy przestają wogóle pluć, u innych ilość plwociny z 200—400 cm. sz. na dobę zmniejsza się do 30—40 cm. sz. Wszyscy chorzy tej kategorji pod koniec kuracji sanochryzynowej zyskiwali na wadze; przybytek wagi był różny, wahał się w granicach od 2 kilo (Nr. 6, 7, 14) do 5 (Nr. 5 i 10) 5,9 kilo (Nr. 1) i nie był ściśle zależny od dawki leków; w przypadku Nr. 5. po dawce sanochryzyny 3 gr. plus wagi wyniósł 5 kilo, gdy w przyp. Nr. 8 po 8,5 gr. sanochryzyny, choremu przybyło tylko 3 kilo. W przypadku Nr. 1, któremu w szpitalu przybyło 5,9 kilo, w ciągu dalszych 8 miesięcy przybyło 7,5 kilo, tak że ogólny przybytek wagi w przeciągu roku wyniósł 13,4 kilo (waga z początkowej 54,6 kilo wzniosła się do 68 kilo).

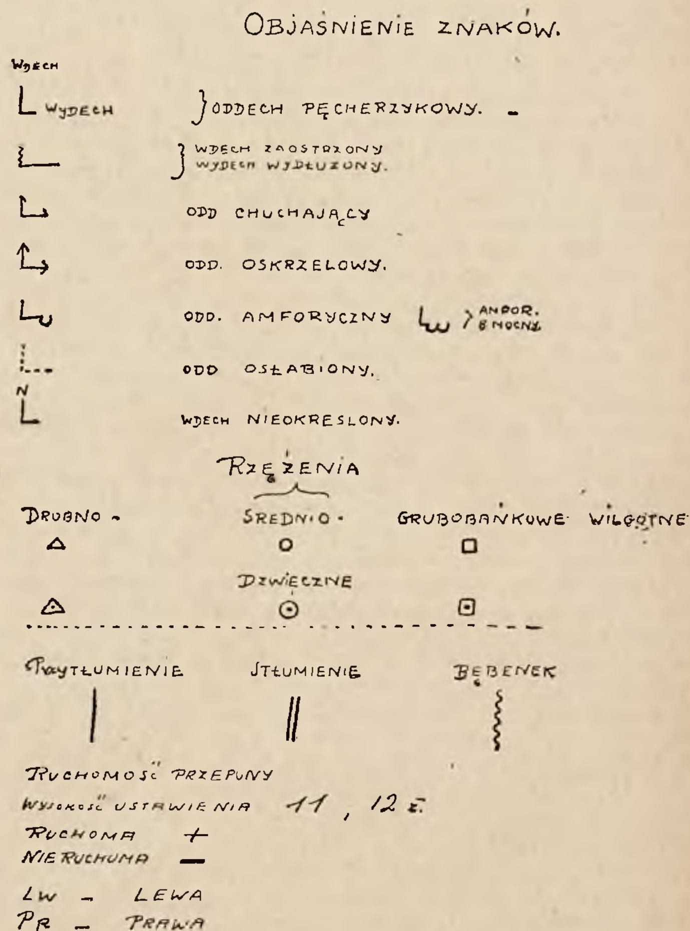
Ciepłota we wszystkich przypadkach grupy pierwszej ulegała zmianie na lepsze. W dwu przypadkach pod koniec kuracji sanochryzynowej wahania dobowej ciepłoty znajdywały się stale poniżej 37°; w jednym z tych przypadków przed kuracją ciepłota dochodziła do 38°, w drugim nawet do 38,6°. W 4-ch przypadkach ciepłota po sanochryzynie wahała się w granicach 37—37,2°, w jednym tylko przypadku ciepłota wieczorna pozostała na poziomie 37,5° (Nr. 8). Wraz z poprawą stanu ogólnego, spadkiem ciepłoty i wznoszeniem się wagi zmieniał się na lepsze wygląd twarzy chorych, tętno stawało się rzadszem, również oddech. W dopiero co



Rys. 7.



Rys. 8.



wspomnianym przypadku Nr. 8, tętno ze 120 przed sanochryzyną zwolniło się do 84 na minutę. O zmianach, jakie podczas kuracji sanochryzynowej zachodzą w płucach, świadczy badanie fizykalne i roentgenowskie. Powszechnie wiadomo, iż zmiany radjograficzne, stwierdzane na ekranie lub kliszy, mogą być źródłem częstych

omyłek, albowiem badanie roentgenowskie, o ile ma ono być miarodajnem, wymaga każdorazowo ścisłej jednolitości warunków, a tę ostatnią nie zawsze z całą dokładnością osiągnąć się daje. Na równi z innymi autorami stwierdzaliśmy u naszych chorych jaśnienie marmurkowatości, znikanie zupełne plamek w polach płucnych zależnie od wsysania wysięku, w innych znów razach zaciemnienie plamek staje się intensywniejsze, kontury ich nabierają ostrości, a rozmiary stają się mniejsze, to wszystko zależnie od rozwoju i kurczenia się tkanki łącznej i znikania wysięku zapalnego, ew. serowatego. Naogół, wobec niezbyt pomyślnych warunków radjograficznych w szpitalu, we wnioskach naszych co do zmian w obrazie przedmiotowym płuc opieramy się raczej na badaniu fizykalnem, aniżeli roentgenowskiem. Co się tyczy opukiwania, to ono wykazywało najmniejsze zmiany, albowiem przy przeważającym typie *tbc. fibrocaseosa* u chorych grupy pierwszej trudno jest liczyć na inny sposób cofania się sprawy chorobowej, jak przez rozwój tkanki łącznej, która rugując zdrowy miąższ płucny, musi, tak samo, jak wysięk, dawać przy opukiwaniu stłumienie. Znacznie czulszą metodą jest osłuchiwanie, które stwierdzało wydatne zmniejszanie się ilości rzężeń wilgotnych, oraz zmiany oddechu, który w ogniskach schorzenia stawał się mniej oskrzelowym. Zupełnego zniknięcia rzężeń, w obu płucach nie stwierdziliśmy ani razu, stawały się one jedynie znacznie skąpsze lub znikały, ale tylko jednostronnie. Przykładem niezwykle dodatniego wpływu sanochryzyny na wynik fizykalnego badania płuc jest przyp. Nr. 10, w którym stłumienie nie uległo zmianom (patrz rys. Nr. 12), natomiast obfite rzężenia z tyłu do połowy łopatki w lewem płucu i do grzebienia łopatki z prawej strony zginęły zupełnie, ale dalej się wysłuchują niestałe i pojedyńcze wilgotne rzężenia po kaszlu nad lewym obojczykiem. W przypadku Nr. 8, jak widać z rysunku Nr. 3 i 4, ilość rzężeń zmalała znacznie, jakkolwiek nie znikły one całkowicie; to samo powiedzieć możemy i o innych chorych. W gruźlicy płuc orzeczenie, ile z osiągniętej u chorego poprawy przypisać należy samoistnej tendencji procesu do gojenia się, a ile wpływowi leku — jest bardzo trudne. Bądź co bądź podkreślić wypada, iż poprawa w 7 przypadkach grupy pierwszej była tak zdecydowana i szybka, jak tego zazwyczaj w szpitalu nie obserwujemy. Nie można jej uważać za wyleczenie w idealnem tego słowa znaczeniu, lecz w każdym razie dążenie ustroju do opanowania sprawy chorobowej bezpośrednio po zaleceniu sanochryzyny było tak jaskrawe i wyraźne, iż niepodobna się oprzeć wrażeniu klinicznemu, iż sprawcą tego nagłego przeobrażenia był zalecony przetwór złota.

D r u g ą grupę stanowi 6 przypadków (Nr. 4, 11, 13, 15, 19, 22) w których po kuracji sanochryzynowej (ogólnej ilość 5,75—7,25 gr. w 9—11 zastrzyknięciach) widzieliśmy znaczną poprawę podmiotową i przedmiotową, ale prątki z plwociny nie znikły. We wszystkich przypadkach ilość prątków, wykrywanych w plwocinie, mniej lub więcej zmalała, np. w przyp. Nr. 13 zamiast 4—12 laseczników w polu widzenia przed sanochryzyną stwierdzano 1—2 prątki na całym preparacie, a w przyp. Nr. 15 i 22 wykryć się one dawały tylko w preparacie homogenizowanym. Współrzędnie ze zmniejszeniem ilości prątków malało natężenie próby białkowej, również zginęły z plwociny włókna sprężyste. Ilość dobowa plwociny u trzech chorych znacznie opadła, n. p. u chorego Nr. 15 zmalała ze 150 cm. sz. do 30, u chorego Nr. 13 — z 40 cm. sz. do 3 cm. sz., natomiast u chorego Nr. 11 różnica ta była nieznaczna (60—75 cm. sz. przed kuracją, 60 cm. sz. po kuracji). Stan podmiotowy u wszystkich 7-iu chorych uległ wybitnej poprawie: samopoczucie stało się lepszem, zginęły nocne poty, łaknienie wzmogło się. Waga ciała wykazywała znacznie mniejsze wzniesienia, niż w grupie 1-ej, albowiem tylko u jednego chorego (Nr. 11) przyrost wagi wyniósł 3,5 kilo, u dwu (Nr. 13 i 15) około 1 kilo, w przypadkach Nr. 4 i 22 waga pozostała bez zmiany. Ciepłota u wszystkich chorych wykazywała tendencję zniżkową, np. u chorego Nr. 13 t^0 wieczorna, która dochodziła do 39°, po kuracji sanochryzynowej wahała się wieczorem w granicach 37—37,4°, a w przypadku Nr. 22 ciepłota przed sanochryzyną dochodziła do 38°, pod koniec kuracji była stale poniżej 37°. Badanie fizykalne we wszystkich przypadkach odnośnych wykazywało wybitną poprawę w postaci znikania zupełnego rzężeń w jednych odcinkach lub znacznego ich zmniejszenia w innych odcinkach. Najlepszą ilustracją pod tym względem są rysunki przypadku Nr. 4 *(fibrocaseosa)* Rys. 5 i 6 i 15-go *(fibrocaseosa dext.* i rozległa *cirrotico-caseosa sin.)*. Rys. 7 i 8.

Do t r z e c i e j grupy zaliczyłbym chorego Nr. 2. *(tbc. fibrocaseosa)*, u którego kuracja sanochryzynowa (5,75 gr. w 9-iu zastrzyknięciach) sprowadziła wybitną poprawę podmiotową odnośnie do samopoczucia, łaknienia i męczących potów nocnych, które całkowicie ustąpiły. Ciepłota, która na początku pobytu w szpitalu dochodziła do 38,2°, a przed zastosowaniem sanochryzyny wahała się w granicach 37—37,5°, pod koniec kuracji wynosiła około 37° waga ciała wzrosła o 3,5 kilo (z 64 na 67,5 kilo), natomiast obraz fizykalny płuc żadnych zmian nie wykazywał, prątki Kocha, które po 4-em zastrzyknięciu zginęły z plwociny na 6 tygodni, znów się w niej zjawiły, być może skutkiem przymusowej 3-tygodniowej przerwy w zastrzyknięciach, wywołanej przez nieznaczny białkomocz (0,03‰), który zjawił się po 6-ej dawce sanochryzyny.

C z w a r t ą grupę chorych stanowi sześć przypadków (Nr. 3, 12, 17, 20, 21, 23), w których sanochryzynę chorzy źle znosili, dawała ona powikłania ze strony skóry lub błony śluzowej jamy ustnej, rozwolnienie, białkomocz, skoki ciepłoty, złe samopoczucie i t. p. Skutkiem złej tolerancji ogólna ilość wprowadzonego leku była nieznaczna (2,0—4,75), jednorazowa dawka rzadko przekraczała 0,5, bowiem tylko w przyp. Nr. 17 i 23 ostatnia injekcja sanochryzyny wyniosła jednorazowo po 0,75 gr. U tych 6-iu chorych — stan ich, przed i po zaprzestaniu kuracji sanochryzynowej był taki sam. W przypadku Nr. 17 powikłanie skórne — *erytrodermia exfoliativa* — przebiegało burzliwie, o czem będzie jeszcze mowa poniżej. Gdy powikłanie to szczęśliwie minęło, chory wrócił do *status quo ante.*

O 3-ch przypadkach Nr. 9, 16 i 18 (grupa p i ą t a) możemy powiedzieć, iż stan ich po zastosowaniu sanochryzyny pogorszył się, ale o wszystkich trzech tych chorych powiedzieć musimy, iż nie zostali oni przez nas zakwalifikowani do injekcji złota, lecz że zostały one im dokonane na ich wielokrotne i usilne żądania. W przyp. Nr. 16 (chory lat 28) z rozpoznaniem *tbc. fibroulcerocaseosa dextr. et fibrocaseosa sin.* z obfitemi potami nocnemi i ciepłotą (do 38,2°) dokonaliśmy ogółem 5 injekcyj (0,25—0,5—0,5, 0,75—0,75 gr.), w ogólnej ilości 2,75 gr. Żadnej poprawy ani podmiotowej, ani przedmiotowej stwierdzić nie mogliśmy. Pierwsze dwa zastrzyknięcia chory zniósł dobrze, po trzeciem zaczął się skarżyć na osłabienie; w parę godzin po czwartem zastrzyknięciu wystąpiły bole głowy, dreszcze i gorączka do 39°, co trwało kilka godzin; to samo powtórzyło się po piątem i ostatniem zastrzyknięciu, po którem waga zaczęła gwałtownie spadać: ubytek wagi 3 kilo w ciągu 3-ch dni. Chory ten przeleżał jeszcze przez 6 tygodni, stan jego stale się pogarszał charłactwo potęgowało się (dalszy ubytek 5 kilo wagi). Na własne i rodziny żądanie chory opuścił szpital, a w parę dni potem zmarł w domu. W przyp. Nr. 18 — rozległa *tbc. fibrocaseosa* obu płuc i *laryngitis tbc.* — chory (lat 21) w odstępie tygodniowym otrzymał tylko 2 zastrzyknięcia: 0,25 i 0,5 sanochryzyny; po drugiem zastrzyknięciu nastąpił znaczny skok ciepłoty, poprzedzony silnemi dreszczami, do tego wkrótce przyłączyły się objawy niedomogi mięśnia sercowego (duszność, sinica) i nieznaczny białkomocz. Po zastosowaniu adrenaliny, kamfory i ouabainy objawy sercowe zmalały; chory po kilkunastu dniach na własne żądanie opuścił szpital i wkrótce potem zmarł w domu. W ciężkim przyp. Nr. 9 (lat 23) *tbc. fibrocaseosa duplex et ulcerosa dextra incipiens* chory otrzymał 5,75 gr. sanochryzyny w 9 injekcjach we wzrastających dawkach od 0,25 do 0,75 gr. Wszystkie zastrzyknięcia chory zniósł dobrze, jedynie po 5-em, 6-em i 8-em zastrzyknięciu zjawiły się przemijające minimalne ślady białka (dodatnia próba wyłącznie z kwasem sulfosalicylowym, próba Hellera z kwasem saletrzanym — ujemna), które znikały po 3—4 dniach. Stan chorego na początku jakgdyby zaczął się poprawiać: ilość plwociny z 300 cm. sz. na dobę zmalała do 120 cm., ilość prątków — kilkaset i więcej w polu widzenia spadła do paru w preparacie, waga z 51,7 kilo wzrosła do 54,5 kilo, jednak samopoczucie chorego nie było dobre, ciepłota wieczorna, która przed zastrzyknięciami dochodziła do 38,4° nie opadała poniżej 38°, przedmiotowy stan płuc żadnej poprawy nie wykazywał. Z uwagi na powyższe ograniczyliśmy się do 9 injekcyj po ich zaniechaniu w ciągu dwóch tygodni ilość plwociny i zawartych w niej laseczników szybko wróciły do *status quo ante*, rzężenia wilgotne w płucach stały się obfitsze i wystąpiły w odcinkach dolnych, gdzie ich poprzednio nie było, odcień jamisty oskrzelowego oddechu w górnym płacie prawego płuca nasilił się, jednocześnie wystąpił obfity białkomocz (2‰) z wałkami, na nogach zjawiły się blade obrzęki, czynność serca wyraźnie słabła (sinica twarzy, drobne tętno). W tym stanie wzmagającego się charłactwa chory zmarł w 4 miesiące po ostatniej injekcji sanochryzyny; sekcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne i wykazała: *Tbc: fibroulcerocaseosa dextra et fibrocaseosa sin., caseosa ad lobum superiorem pulm., dextri. pleuritis fibrosa dextra, nephrosis cum degeneratione amyloidea renum, laryngitis et enterocolitis tbc.*

We wszystkich tych 3-ch przypadkach los chorych był przesądzony. O pierwszych dwóch (Nr. 16 i 18) trudno nawet powiedzieć, czy sanochryzyna istotnie przyspieszyła ich zgon, do którego zmierzali oni szybkiemi krokami i którego sanochryzyna nie była w stanie odwrócić. Jedynie o chorym Nr. 9 powiedzieć możemy śmiało, iż stan jego po sanochryzynie uległ pogorszeniu, albowiem po niej u chorego wystąpiły objawy skrobiawicy nerek, której przedtem nie stwierdzaliśmy, a następnie nasiliły się również obja-

wy płucne. Czy skrobiawica nerek u tego chorego nie wystąpiłaby później samoistnie, na to pytanie niepodobna ściśle odpowiedzieć.

Ujemną stroną dożylnego stosowania sanochryzyny są powikłania. Obecnie wiadomo, iż natężenie i częstość występowania powikłań posanochryzynowych w znacznym stopniu zależą od wielkości dawki oraz odstępów między zastrzyknięciami; nie bez winy jest tutaj również stosowana przez niektórych autorów surowica. W pierwszych doświadczeniach z sanochryzyną, kiedy dążeniem klinicznem było uzyskanie jaknajmocniejszego nasycenia ustroju złotem w najknajkrótszym czasie, gwałtowne i burzliwe odczyny posanochryzynowe były na porządku dziennym. Gdy wśród chorych Sechera przypadki bez wysypek skórnych należą prawie do wyjątkowych, to w naszym materjale powikłania skórne wynoszą mniej, niż 10%. Z naszych spostrzeżeń naogół wynika, iż śród przypadków, które na sanochryzynie poprawiają się, powikłania były najrzadsze i najłagodniejsze. Z 13 chorych grupy I-szej i II-iej u 7-iu leczenie sanochryzynowe przebiegało bez wszelkich zdarzeń, zarówno podmiotowych, jak przedmiotowych, przyczem ilość wprowadzonej sanochryzyny wahała się od 2,25 gr. (w 5 injekcjach) do 7,25 gr. (w 11 injekcjach). Z tych 13 chorych ślady białka zjawiły się przelotnie tylko u 2 chorych, przyczem w śladach minimalnych, u jednego chorego, w ilości 0,03% u drugiego (Nr. 7). Złe samopoczucie, dreszczyki lub dreszcze, z krótkotrwałem podniesieniem ciepłoty do 38—39°, mdłości, rzadziej wymioty, bóle w członkach, 2—3 wolne wypróżnienia — wszystkie te powikłania wyżej wzmiankowanych 13-u chorych wystąpiły tylko u 4-ch w dniu zastrzyknięcia; trwały te objawy kilka lub kilkanaście godzin, zazwyczaj ustępowały już pod wieczór, rzadziej trwały przez noc, znikając nazajutrz rano. Powikłania powyższe u jednych chorych występowały jednokrotnie, rzadziej dwukrotnie zaraz po pierwszem lub drugiem zastrzyknięciu, u innych znów dopiero w dalszym przebiegu kuracji. W każdym razie nasilenie tych objawów nie było gwałtowne, przemijały one zwykle bez żadnej interwencji lekarskiej, nieraz chory otrzymywał zastrzyknięcie kamfory, ew. z adrenaliną. O wiele mniej spokojnie przebiegała kuracja sanochryzynowa u pozostałych 10-iu chorych, u których nie osiągano wyników żadnych, jakkolwiek suma wprowadzonego leku była znacznie mniejsza, a poszczególne dawki tylko u paru chorych przekraczały 0,5 gr. Z 10-iu chorych tej kategorji dreszcze, gorączka, mdłości, wymioty i t. p. w dzień zastrzyknięcia występowały u 7, nieraz zaraz po pierwszem zastrzyknięciu, nieraz dopiero po paru zastrzyknięciach. Białkomocz od śladów minimalnych, przemijających w przeciągu 2—4 dni, do większych ilości (0,03—0,06% — w przyp. Nr. 21 0,48%), które trzymały się po parę tygodni, zauważyć mogliśmy u 8-iu chorych. U jednego chorego (Nr. 9), który podczas kuracji miewał przelotnie minimalne ślady białka, tak że można było nie przedłużać zwykłych tygodniowych odstępów między poszczególnemi dawkami, w 2 tygodnie po zaniechaniu sanochryzyny, (chory otrzymał 5,75 gr. w 9 dawkach), rozwinął się obraz zwyrodnienia skrobiowatego nerek z białkomoczem 2‰ i dużemi obrzękami. Jeden z naszych chorych (Nr. 21) z umiarkowaną *tbc. fibrocaseosa duplex*, który otrzymał tylko jedno zastrzyknięcie 0,25 sanochryzyny, miał przed injekcją w moczu 0,03‰ białka ze skąpą ilością leukocytów w osadzie. Jakkolwiek próby wodna i ze stężeniem wykazały u tego chorego dostateczną sprawność nerek (chory rozcieńczał mocz do 1003 i stężał do 1024), jednak nazajutrz po zastrzyknięciu 0,25 sanochryzyny mocz zawierał 0,48‰ białka, które zginęło do minimalnych śladów po kilku dniach. Gwałtowny podskok białkomoczu skłonił nas do zaprzestania dalszej kuracji sanochryzynowej u tego chorego. O nerkach zresztą wiadomo, iż gromadzą one w sobie w dużem stężeniu znaczny odsetek wprowadzonego złota, są dla niego główną drogą wydalania i skutkiem tego należą one do narządów, najbardziej wrażliwych na złoto, jak na wszelkie wogóle ciężkie metale. U chorego Nr. 22, który w 9 zastrzyknięciach otrzymał 5,75 gr. sanochryzyny bez żadnych powikłań i u którego uzyskaliśmy znaczną poprawę ze zmniejszeniem ilości prątków w plwocinie do paru w preparacie homogenizowanym, po zakończonej kuracji przeprowadziliśmy czynnościowe badanie nerek wedle przyjętych na Oddziale prawideł. Próba wodna z pobraniem 1½ litra ciepłej herbaty naczczo wykazała nieco ograniczoną sprawność kłębuszkową: wprawdzie otrzymaliśmy maksimum rozwodnienia moczu z jego ciężarem gatunkowym 1001 w ciągu drugiej godziny, ale ogólna ilość wydalonej wody wyniosła 875 cm. sz., czyli tylko nieco więcej, niż połowa wprowadzonej ilości (I. godz. 180 cm. sz. moczu c. g. 1005, II godz., 480 cm. sz. c. g. 1001, III. godz. 180 cm. c. g. 1007 cm., IV godz. 35 cm. c. g. 1014). Próba ze stężeniem również wykazała nieznaczne zwężenie tej czynności nerek, albowiem maksymalnie stężony mocz miał ciężar gatunkowy 1024, zamiast normalnych 1026—1030. Stałej Ambarda nie zdążyliśmy określić skutkiem pospiesznego wypisania się chorego ze szpitala; jednakże wyniki poprzednich prób pozwalają przypuścić, iż ta strona czynności nerek nie wykazałaby odchyleń od normy.

U 3-ch chorych z ostatniej grupy 10-iu przypadków wystąpiły powikłania *ektodermalne*. U jednego chorego w 10 dni po IV zastrzyknięciu 0,75 gr. (ogólna ilość sanochryzyny wynosiła wówczas 2,0 gr.), zjawiła się bardzo ciężka *erythrodermia exfoliativa* z wielkopłatowem łuszczeniem się skóry, bolesnem jej obrzmieniem i pękaniem w okolicy fałdów — jak kąty ust, zgięcia łokciowe i t. d. U chorej Nr. 3 po 6-em zastrzyknięciu 0,5 sanochryzyny (ogólna ilość san. 2,5) wystąpiła na całem ciele bardzo obfita grudkowopęcherzykowa wysypka, która trwała przeszło 3 tygodnie. Wreszcie u chorego Nr. 12 po 10-ej injekcji 0,5 sanochryzyny wystąpiło znaczne obrzmienie podniebienia miękkiego i twardego, przyczem na błonie śluzowej policzków i twardego podniebienia zjawiło się parę szarawych grudek wielkości łebka od szpilki, otoczonych mocno czerwoną obwódką. Powikłania *ektodermalne* u wszystkich 3-ch chorych przeminęły szczęśliwie, jakkolwiek stan chorego z *erytrodermia exfoliativa* przez dłuższy czas był ciężki i wzbudzał poważne obawy. Z chwilą wystąpienia tych powikłań kuracja sanochryzynowa została przerwana.

Möllgaard i niektórzy autorowie duńscy, a zwłaszcza Secher uważają, iż wszelkie powikłania, jakie zauważyć się dają w przebiegu i pod wpływem kuracji sanochryzynowej są następstwem bakterjobójczych własności leku, który zabijając laseczniki gruźlicze, uwalnia zawarte w nich jady tuberkulinowe. Pogląd swój autorowie ci opierają na tem, iż zespół kliniczny powikłań posanochryzynowych jest niezwykle podobny do obrazu, otrzymywanego w swoim czasie po zastrzykiwaniu chorym na gruźlicę płuc sporych ilości tuberkuliny. Punkt widzenia autorów duńskich nie da się w całości obronić. Przedewszystkiem zważyć należy, iż w patologji ludzkiej identyczne obrazy kliniczne mogą powstawać pod wpływem całkiem różnych czynników chorobotwórczych. Co się tyczy wczesnych powikłań sanochryzynowych, jak dreszcze, gorączka, mdłości, wymioty, rozwolnienie, ogólne rozbicie, bóle w członkach to objawy powyższe u osobników wrażliwych wystąpić mogą po każdem zastrzyknięciu dożylnem, nawet środków tak obojętnych, jak rozczynu cukru gronowego lub soli kuchennej. Jeżeli występują one częściej i burzliwiej po zastrzyknięciach sanochryzyny, zwłaszcza większych jej dawek i u chorych, ciężej dotkniętych gruźlicą, to z tego bynajmniej nie można wnioskować, iż mamy tu do czynienia ze swoistem działaniem złota na prątki gruźlicze i tworzeniem się w tkankach nadmiaru wolnej tuberkuliny, albowiem skądinąd, ze stosowania złota kolloidalnego w stanach septycznych wiemy, iż rozczyny jego w wysokim stopniu skłonne są do wywoływania gwałtownych wstrząsów, nieraz jeszcze podczas zastrzykiwania dożylnego, nieraz zaś bezpośrednio po niem. Z wczesnych powikłań sanochryzynowych Möllgaard i Secher szczególnie podkreślają t. zw. wstrząs tuberkulinowy (podskok ciepłoty z następowym jej spadkiem) i znaczny białkomocz, ponieważ można je w przeciągu kilku lub kilkunastu godzin szybko usunąć zarówno u ludzi, jak zwierząt przez zastrzykiwanie dostatecznej ilości swoistej surowicy przeciwtuberkulinowej. Wpływ surowicy na te powikłania nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlony, z drugiej zaś strony późne powikłania sanochryzynowe, jak uporczywy białkomocz, *erytrodermia exfoliativa* oraz zapalenie jamy ustnej klinicznie robią wrażenie następstw zatrucia ciężkim metalem. Oba ostatnie powikłania samoistnie w przebiegu gruźlicy płuc nigdy nie występują, jak również w stanach, kiedy można przypuścić wessanie się znacznych ilości tuberkuliny, np. po torakoplastyce lub założeniu odmy sztucznej. *Erytrodermia exfoliativa* posanochryzynowa jest znów identyczna z tem, co widujemy w zatruciu arszenikiem oraz po przedawkowaniu salwarsanu. Ostatecznie przeto powiedzieć musimy, iż wyłączne tuberkulinowe pochodzenie powikłań sanochryzynowych utrzymać się nie da. Jeżeli sanochryzyna z zabitych przez się prątków naprawdę uwalnia tuberkulinę, to w działaniu jej nie mniej widoczny jest wpływ ciężkiego metalu, jako czynnika chorobotwórczego, a to tembardziej, iż ustrój gruźliczy odznacza się wyjątkową nadwrażliwością w stosunku do złota.

Jak się w sumie przedstawia bilans naszych spostrzeżeń klinicznych? Jakie z nich wynikają wskazówki lecznicze? Wrażenie z naszych pierwszych spostrzeżeń było wprost oszałamiające. Stopniowe, ale dość prędkie wyjaławianie się plwociny z prątków wraz z poprawą ogólną, a często i płuc, która bez sanochryzyny w tych samych warunkach szpitalnych jest bądźcobądź nieczęstą, kazały mniemać, iż wraz z sanochryzyną wprowadzamy do ustroju lek, działający swoiście na prątki gruźlicze. Po pierwszych efektownych spostrzeżeniach przyszły inne, mniej pomyślne; trafił nam się chory, który pomimo wczesnej gruźlicy dostawał objawów burzliwego wstrząsu przy dawce 0,1, u innych znów sprawa się nie poprawiała, nawet można było sądzić, iż raczej ulegała ona pogorszeniu. Spostrzegaliśmy chorego, u którego podczas ew.

skutkiem pierwszej kuracji sanochryzynowej nastąpiła znaczna poprawa ogólna i płuc z zupełną utratą prątków z plwociny; po roku, kiedy prątki w plwocinie wróciły, ta sama kuracja sanochryzynowa sprowadziła znów znaczną poprawę, prątki jednak po chwilowem zmniejszeniu się w plwocinie nie przestają się z nią wydzielać i to dość obficie. Zdawałoby się racjonalnem, iż w takim przypadku należy celem osiągnięcia pożądanego wyniku podnieść znacznie dawkę sanochryzyny. Krok podobny jest jednak mocno ryzykowny. W sanochryzynie dawka trująca i dawka lecznicza stoją tuż obok siebie, własności organo- i bakterjotopowe leku przy większych jego dawkach są prawie jednakowe, a uszkodzenie chorego narządu i całego ustroju przez nadmiar ciężkiego metalu często są nie do naprawienia. Möllgaard i Secher uważają, iż ujemne skutki własności organotropowych sanochryzyny można przytępić przez surowicę; w gruźlicy płuc ta ostatnia nigdy nie jest środkiem obojętnym, raczej szkodliwym. Pomimo wszelkich ujemnych stron sanochryzyny jest jednak dość znaczny odsetek chorych, u których lek ten, stosowany jak wyżej podaliśmy, sprowadza tak zdecydowaną i szybką poprawę, o jakiej w warunkach szpitalnych myśleć niepodobna. Poprawa ta tak daleko wybiaga poza obręb t. zw. samoistnego leczenia się gruźlicy płuc, iż tym razem niepodobna oprzeć się przypuszczeniu o swoistem działaniu sanochryzyny.

W jakich postaciach gruźlicy płuc jest ona wskazana? Wszyscy, którzy z sanochryzyną mieli doczynienia, są właściwie jednego zdania, a mianowicie, iż lek ten największe znajduje zastosowanie we wczesnych okresach gruźlicy wysiękowej, w okresie, kiedy produkty procesu wysiękowego nie zdążyły jeszcze ulec rozległemu zserowaceniu i rozpadowi. Tego dowodzą również doświadczenia na zwierzętach, Ale gdy u zwierząt, sztucznie zakażonych prątkiem gruźliczym, mamy zawsze do czynienia z obrazami chorobowemi jednolitemi, to w przeciwieństwie do tego gruźlica ludzka prawie zawsze jest pogmatwana, prawie zawsze napotykamy tu nawarstwienia świeżych obostrzeń na procesy dawniejsze. Z tego względu nawet zadawnione przyp. gruźlicy nie są bezwzględnem przeciwwskazaniem do sanochryzyny, bo zdarzyć się może, iż zadziała ona pomyślnie na te właśnie nawarstwienia. Naogół z naszych spostrzeżeń odnieśliśmy wrażenie, iż, im mniejsza jest toksemja gruźlicza, im bardziej jest zachowana żywotność ustroju, im niższy jest poziom, im mniejsze są wahania ciepłoty w momencie, kiedy przystępujemy do kuracji sanochryzynowej, tem więcej posiada ona szans pomyślnego działania. Nie ograniczyłbym przeto stosowania sanochryzyny do przypadków gruźlicy o trwaniu mniejszem, niż rok, jak sądzi Faber, pamiętać jednak należy, iż posunięta gruźlica płuc jamista, stany ze znacznem zatruciem bakteryjnem (gorączka hektyczna, wychudzenie), wyraźnie zaznaczone powikłania jelitowe i krtaniowe są przeciwwskazaniem do stosowania sanochryzyny. Przekonaliśmy się następnie, iż im spokojniejszy jest przebieg kuracji sanochryzynowej, im mniej powikłań ona powoduje, tem efekt jej jest wydatniejszy. Nie możemy się zgodzić ze zdaniem Sechera, iż odczyny kliniczne na sanochryzynę odznaczają się pewną prawidłowością i że zależne są one od postaci klinicznej gruźlicy. Raczej słuszniejszym nam się wydaje wniosek Würtzen'a, iż z góry trudno jest przewidzieć u chorego rodzaj odczynu, jak również że z tego ostatniego niepodobna wnioskować o postaci klinicznej gruźlicy płuc. Niezwykle ważną jest kwestja, kiedy kurację sanochryzynową należy uważać za zakończoną i w jakich okolicznościach należy ją przerwać? Niejednokrotnie przekonaliśmy się, iż stałe złe samopoczucie, nagle występujący wstręt do jedzenia, gwałtowny ubytek wagi ciała wreszcie uporczywe rozwolnienie, nieustępujące po zastosowaniu zwykłych dawek bizmutu i makowca, są przeciwwskazaniem do dalszego stosowania sanochryzyny. Jeżeli we właściwym momencie jej nie przerwiemy, w dalszym przebiegu występują objawy, w postaci bądź powikłań skórnych, lub ze strony jamy ustnej; znaczniejszy białkomocz lub burzliwe odczyny gorączkowe. Kiedy przy pomyślnym przebiegu kuracji sanochryzynowej uważać ją należy za zakończoną? Jaka powinna być ogólna dawka leku? Na to pytanie nie możemy, niestety, dać ścisłej odpowiedzi. Spostrzegaliśmy chorego, który po otrzymaniu 3 gr. sanochryzyny w 5 dawkach ogromnie się poprawił, stracił lasecznik z plwociny i wypisał się, oświadczając, iż kurację przerywa, bo jest całkiem zdrów. Czy w tym przypadku mieliśmy prawo namawiać chorego do dalszych zastrzykiwań dla tego, że dawka wprowadzonego leku była nieznaczna? Wiemy obecnie, iż uzyskane w tych warunkach wyjałowienie plwociny nieraz jest krótkotrwałe i że prątki w plwocinie po kilkotygodniowej przerwie mogą znów się zjawić. Z drugiej strony doświadczenia na zwierzętach pouczają, iż przy umiarkowanej dawce sanochryzyny osiągnąć się daje nieraz znaczny efekt leczniczy, gdy wielka dawka prowadzi do wielkiego spustoszenia, skutkiem nadwrażliwości ustroju gruźliczego na złoto. Otóż obecnie nie jesteśmy w możności z góry ściśle orzec, jaką ilość sanochryzyny zniesie bezkarnie dany osobnik, jaka jej ilość jest niezbędna do uzyskania maksymalnego efektu leczniczego, oraz jakie maksimum poprawy zdołamy osiągnąć u danego chorego. Te luki zapełni tylko dokładniejsze poznanie z jednej strony zjawisk odpornościowych w gruźlicy, z drugiej zaś — mechanizmu działania sanochryzyny. Jeżeli na razie na zwierzęciu nie podobna rozstrzygnąć, czy działanie jej bakterjotropowe jest bezpośrednie, czy też pośrednie przez tkanki (przez organotropję), to trudno domagać się rozwiązania tej sprawy przy łóżku chorego, gdzie warunki są o wiele bardziej pogmatwane. Nie mając ścisłych drogowskazów, musimy iść poomacku. Przy dobrej tolerancji leku wprowadzaliśmy go przeciętnie w ilości 5,75—6,0 gr., dochodząc nieraz do 7,25—8,5 gr. Idąc znacznie wzwyż z sanochryzyną przy każdem jej ponownem zastrzyknięciu nie mogliśmy wyzbyć się obawy, by nadmiar złota przez nadwrażliwość ustroju nie zniszczył nam osiągniętego już efektu leczniczego.

W leczeniu gruźlicy płuc, jesteśmy zbyt ubodzy w środki prawdziwie pożyteczne, byśmy sobie mogli pozwolić na zbytek wzięcia poza nawias sanochryzyny, powiedział L. Bernard, i słusznie. Ale leczenie sanochryzynowe w żadnym razie nie jest *terapia sterilisans magna,* jak nią nie jest również i salwarsan. Sprawa ustępowania i gojenia się procesu anatomicznego w płucach gruźliczych trwa znacznie dłużej, aniżeli podawanie sanochryzyny. Ta ostatnia tylko zapoczątkowuje poprawę, dalszą i ostateczną pracę musi wykonać sam ustrój. Jeżeli go na wysiłek ten stać, poprawa będzie się pogłębiała i utrwalała, w przeciwnym razie po przerwaniu sanochryzyny, poprawa uzyskana znika, jak meteor, i chory szybszym, lub powolniejszym krokiem zdąża do niechybnej katastrofy. W chemoterapji suchot płucnych sanochryzyna nie jest jej ostatniem, lecz pierwszem słowem.

Doc. U. J. dr. Marcin ZIELIŃSKI. Kraków.

Wzruszenia u schizofreników *).

1. Psychologja osobowości, której panowania dzisiaj jesteśmy świadkami, wysunęła na pierwszy plan czynniki wzruszeniowe w strukturze psychicznej. One bowiem warunkują kształtowanie się sposobów postępowania i utrwalają określone formy odnoszenia się do otaczającego świata czyli stwarzają stałe cechy charakterologiczne. Wydobycie tych pierwiastków wzruszeniowych z całokształtu życia psychicznego stało się nakazem chwili dla psychologji obecnej doby, która zresztą jako fanatyczna wielbicielka bezpośredniego przeżycia niechętnie posługuje się pojęciowemi schematami. Gdy jednak zachodzi potrzeba oceny procesów wzruszeniowych dla struktury danego charakteru czy typu psychologicznego, to wtedy i ten kierunek, który pragnie być najbardziej bliskim przeżycia bezpośredniego, a najwięcej oddalonym od psychologji laboratoryjnej, ucieka się do pojęciowego rozczłonkowania tego przeżycia. Przeżycia są to niewątpliwie pewne całości, chwilowe kształty żywego strumienia psychicznego, przez ciągłość świadomości ze sobą powiązane. Przekrój tych momentów życia psychicznego daje jednak zarówno obraz ujawniania się sfery wrażeniowo-intelektualnej jak i rozmaitych postaci oddziaływania i postępowania, które tworzą swoiste zespoły psychoruchowe z odpowiadającemi im wzruszeniami i pobudkami uczuciowemi. Tak więc mimo uznania nierozerwalnej całości przeżycia, nie można zamykać oczu, właśnie ze stanowiska psychologji strukturalnej, na konieczność wyodrębnienia pierwiastków uczuciowych i zapoznania się z ich odmianami jakościowemi. Do spełnienia tego zadania wiedzie z jednej strony analiza introspekcyjna naszych przeżyć, a z drugiej strony spostrzeganie drugich, w ich obrazach psychoruchowych, uzewnętrzniających swoiste procesy uczuciowe. W różnorodnych ruchach wyrazowych, w których b e h a v i o r y z m amerykański widzi jedyną podstawę objektywnej psychologji, posiadamy niewątpliwie szeroką dziedzinę bezpośredniego zmysłowego spostrzegania cudzych uczuć.

Nie drogą wnioskowania z własnych przeżyć na podstawie analogji wnikamy w myśli drugich, lecz przez obserwację ich mimiki, gestykulacji i ekspresji słownej zyskujemy bezpośrednie źródło poznania drugich. Obserwacja drugich wysunęła się na czoło w pewnych kierunkach nowoczesnej psychologji *(behavioryzm,* refleksologia) jako jedyna naukowo uzasadniona metoda badania w przeciwstawieniu do introspekcji jako metody podmiotowej operującej faktami, zmieniającemi się w czasie ich śledzenia i pod wpływem tej czynności badawczej. Jednostronne to stanowisko wykazuje dowodnie, jak silną jest obecnie w psychologji tendencja zwrotu do życia, do zagadnień związanych z celami praktycznemi

---

*) Odczyt wygłoszony na VI. zjeździe psychjatrów polskich w Krakowie dnia 28. czerwca 1926.

i metod zapożyczonych z dziedziny praktycznego poznawania ludzi, którą posiadają często spostrzegacze z psychologją naukową najzupełniej nieobeznani.

Na ukształtowanie się obrazu psychoruchowego wywierają przemożny wpływ przeżycia zabarwione uczuciowo, a wyrazy ich mimiczne, pantomiczne i gestowe jak niemniej charakter dźwięku i akcent mowy tworzą przedewszystkiem ten grunt, na którym dokonywa się poznanie obcej duszy. Jeśli zaś przejdziemy do obserwacji objawów chorobowych, to tem bardziej cennym materjałem stanie się dla nas domena psychoruchowości im mniej możemy liczyć na introspektywną analizę własną chorego. Tam wreszcie gdzie w przebiegu choroby występuje zupełne zamknięcie się przed światem i brak wypowiedzi słownych, jesteśmy zdani jedynie na spostrzeganie wyrazu w tej lub innej formie. Obserwacje tego rodzaju, oparte tylko na wyrazie zewnętrznym, nie potrzebują pośredniczącego porównania z naszemi, nie dopuszczają zresztą często tej możliwości dla braku takich przeżyć w naszej normalnej psychice. Są one natomiast aktami bezpośredniego spostrzegania również zmysłowego jak te, które służą nam do przyjmowania innych wrażeń ze świata zewnętrznego. Spostrzeganie drugich (Fremdwahrnehmung) nie ustępuje jak widzimy pod względem wartości poznawczej analizie introspektywnej, a przy śledzeniu chorobliwych przejawów psychiki jest często jedyną metodą badania.

II. Cechy wzruszeniowości normalnej.

Wyróżniliśmy poprzednio dwie metody badania przejawów wzruszeniowych, z których pierwsza posługuje się analizą introspektywną, a druga ukształtowaniem się wyrazu czyli obrazów psychoruchowych wzruszenia. Za pomocą tej drugiej śledzimy zmiany w układzie wegetatywnym (puls, oddech, gra naczynioruchowa, ciśnienie krwi), spostrzegamy dalej charakterystyczne zespoły mimiczne i gestowe aż do słów i zdań zróżniczkowanych pod względem intonacji i akcentu, wykazujących w swojej budowie gramatycznej i logicznej swoistą prawidłowość. W odrębności tych metod badania wychodzą na jaw dwie zasadnicze właściwości przebiegu procesów wzruszeniowych. Pierwsza z nich jako wpływ na tok myśli naszych i wyobrażeń pozwala wglądnąć w treść naszych przeżyć czyli ujmować je w wyraźniejszym związku ze stroną wrażeniowo-intelektualną i wykazywać udział elementów uczuciowych nawet w bardzo złożonych procesach myślowych. Druga, badając zjawiska towarzyszące przeżyciom uczuciowym, czy to w dziedzinie układu wegetatywnego, czy też w zakresie wyrazu w ścisłem znaczeniu tego słowa, który daje mimika twarzy, ruchy gestowe, postawa i sposób zachowania się, ton i akcent mowy, zwraca uwagę na obraz psycho-ruchowy każdorazowego wzruszenia ściśle z niem związany i będący jego widomym znakiem. Zastosowanie tych dwóch metod badania celem wydobycia wpływu i udziału elementów uczuciowych w procesach myślowych przez jedną, a określenia wyrazu zewnętrznego wzruszeń przez drugą, daje nam możność rozejrzenia się w bogactwie uczuciowem normalnej psychiki. Stary schemat psychologiczny, który wszelkie jakości uczuciowe sprowadzał do przeciwstawienia przykrości i przyjemności, razi uproszczeniem całego zagadnienia. Według tego schematu skojarzona z uczuciem przyjemnem lub przykrem treść wrażeniowo-intelektualna ma wystarczać do wyjaśnienia różnorodności naszych przeżyć afektywnych. Właśnie badania nad wyrazami zewnętrznemi przebiegów uczuciowych (Lange, Wundt) przyniosły tutaj wiele nowego światła. Jeśli bowiem introspekcyjna analiza stanów przygnębienia i podniecenia u osobników cyklothymicznych albo momentów napięcia w oczekiwaniu lub też wytchnienia po wysiłku umysłowym nie zdołała przekonać o istnieniu specyficznych jakości uczuciowych poza przykrością i przyjemnością, to dokonały tego badania eksperymentalno-psychologiczne nad uczuciami przez zestawienie charakterystycznych, krzywych pulsu oddechu i ciśnienia krwi. W niemniejszym stopniu przyczyniły się do obalenia tezy o jednowymiarowości uczuć badania nad psychologją wyrazu. W twarzy melancholika uderzy nas obraz przygnębienia, w jego postawie i ruchach, zahamowanie i powolność. Fizjognomja schizofrenika w stanie osłupienia (stuporu) daje raczej wrażenie napięcia, a postać jego i ustawienie kończyn wyraża kurczowe zesztywnienie. W ożywieniu psychoruchowem maniaka widzimy odpowiednik podniecenia uczuciowego, od którego odbija charakterystycznie nieuporządkowana i dziwaczna ruchliwość podrażnionego katatonika. Niewątpliwie stany przygnębień łączą się z uczuciami przykremi, a stany napięcia noszą często piętno bolesnego zapamiętania się. Jednakże występowanie przeżyć, charakteryzujących się dwiema jakościami uczuciowemi nie może uprawniać do uważania jednej z nich za nieistniejącą. A poza temi przez Wundta i jego szkołę wyróżnionemi trzema głównemi wymiarami uczuć jakże bogatą jest skala wzruszeń, związanych z poznawaniem poszczególnych dziedzin zjawisk (świat tonów, barw, kształtów, twórczej fantazji i myślenia). Ta bogata skala uczuć w najrozmaitszych dziedzinach posiada do swojego rozporządzenia niemniej zasobny i subtelnie zróżniczkowany aparat psychoruchowy. Niezmierzone bogactwo wyczuwania i wczuwania się przy specyficznej różnorodności środków ekspresji jest pierwszą z zasadniczych cech normalnej uczuciowości.

Z ogromną rozpiętością skali jakościowej uczuć wiąże się łatwość przerzucania się z jednych stanów w drugie, co nadaje odpowiadającym im obrazom psychoruchowym charakter swobodnej gry mimicznej i gestowej. Ta właściwość, pozwala w grze scenicznej na wydobywanie ze siebie określonych zespołów psychoruchowych jako znaków przeżywanych uczuć według opracowanego z góry ujęcia roli, wiąże się ściśle z możnością i zdolnością regulowania siły afektu i opanowania jego wyrazu zewnętrznego. Obok tych cech znamionuje uczuciowość normalną przewaga wzruszeń złożonych, wyższorzędnych, uczestniczących w czynach dowolnych, aktach wyboru i twórczej myśli. Natomiast uczucia pierwotne, oparte na instynktach, ujawniające się w czynnościach popędowych i odruchowych, pozostają na drugim planie.

Wzruszeniowości posiadającej wymienione cechy w zakresie psychiki normalnej, odpowiada specyficznie rozbudowana psychoruchowość, która warunkuje możność uczuciowego porozumienia się i zżycia się z drugimi. Na stopniowej rozbudowie i różniczkowaniu się obrazu psychoruchowego polega rozwój życia zbiorowego u tak zwanych zwierząt społecznych (mrówki, pszczoły). W mowie gatunku ludzkiego osiągamy najwyższy szczebel wyrazu psychoruchowego, najbardziej wydoskonalony środek ekspresji.

III. Cechy wzruszeniowości schizofrenicznej.

W przeciwstawieniu do bogactwa uczuciowego psychiki normalnej i odpowiednio rozbudowanego aparatu psychoruchowego charakteryzuje schizofrenika, ścieśnienie jednostronne skali jakościowej wzruszeń i ubóstwo mimiki. Stereotypowe miny i gesty, perseweracje ruchowe, werbigeracje w wypowiedzeniach słownych są tu na porządku dziennym.

Zamiast łatwości przechodzenia jednych uczuć w drugie i swobodnej gry mimicznej spotykamy tu zjawisko, które Bleuler nazwał „sztywnością uczuciową". Wyrazem tego zapadania się w pewne stany uczuciowe i trudności znalezienia przejścia do innego nastroju jest po stronie psychoruchowej skłonność do perseweracji w mimice i w giestach, utrwalanie pewnej postawy i nadanego położenia *(flexibilitas cerea).*

Skojarzone w życiu normalnem zespoły uczuciowo-mimiczne ulegają często rozerwaniu u schizofrenika. Spostrzegano niejednokrotnie wesoły wyraz w ciągu działania przykrych przeżyć, obojętne zachowanie się wobec pełnych grozy wypadków. Zarówno to rozprzężenie związku między stanami uczuciowemi, a ich wyrazami *(dysmimie, amimie, paramimie,* — E. Hermann) jak i pojawiające się często już w początkach psychoz grymasy mimiczne świadczą o dokonaniu się jakościowych przemian uczuciowości. Niemniej każe o tem myśleć obcość uczuciowa, z jaką odnosimy się do niezrozumiałych dla nas środków ekspresji schizofrenicznej, a dalej ta obcość, jaką odczuwają sami chorzy pośród nas w swojem autystycznem ustawieniu do świata. I tutaj spotykamy się z niesłychanie ciekawem zjawiskiem tworzenia się odrębnej, niezrozumiałej dla nas psychoruchowości, która utrudnia niezwykle kontakt uczuciowy z chorym schizofrenikiem. Nasuwa się tutaj pytanie, czy możliwe jest powstanie jakiejś formy współżycia schizofreników, czy istnieje zatem jakaś prawidłowość uczuciowej ekspresji u tych chorych, od której mogłaby wziąć początek psychologja tłumu schizofrenicznego. Jest bowiem rzeczą niewątpliwą, że osobniki schizothymiczne, a nawet wkraczające w postać chorobową schizoidalną doskonale się wyczuwają i współżyjąc ze sobą tworzą własny odrębny świat pośród otaczających ich ludzi i stosunków.

Uczuciowość schizofrenika znamionuje dalej rozbudowa wsteczna, która ułatwia przedewszystkiem ujawnianie się głęboko tajonych popędów i hamowanych mechanizmów odruchowych. Różnice kultur i ras zacierają się w psychozie schizofrenicznej, a także analogje między strukturą psyche schizofrenicznej i pierwotnych ludów są uderzające (Krause „Zum Problem primitiver Völker": Storch „Ueber den psychologischen Aufbau der Schizophrenie").

W omówionych powyżej właściwościach wzruszeń schizofrenicznych uwydatnia się w całej pełni fakt jakościowego przekształcenia tych przejawów. Zarówno charakter odczuwania jak i aparat środków ekspresji ulega istotnej przemianie, która wyciska znamienne piętno na osobowości schizofrenika.

IV. Rozszczepienie osobowości.

Osobowość człowieka i jej jednolitość opiera się na specyficznej formie przeżycia, w której ta osobowość w sobie właściwy sposób zawsze bierze udział. Każde takie przeżycie posiada dla danej osobowości wartość osobistą, wartość przeżycia własnego, sprzężonego uczuciowo z całokształtem psychiki. W przeciwstawieniu do takiego przeżycia normalnego charakteryzuje się przeżycie autystyczne rozdźwiękiem uczuciowym pomiędzy podmiotem przeżywającym, a wrażeniem. W istocie przeżycia autystycznego tkwi konflikt, nastawienie obcości zamiast dążności zespolenia się, trudność lub niemożliwość ustosunkowania się do wrażeń jak do „swoich", brania ich za „swoje" przeżycia. W zjawisku autyzmu dokonywa się pierwszy i zasadniczy krok do rozszczepienia osobowości schizofrenicznej. Rozluźnienie związku, jaki w każdorazowym akcie percepcji sprzęga treść wrażeniową z nastawieniem uczuciowem danej osobowości, jest podstawą zjawiska autyzmu. Niemniej charakterystycznym jest obraz rozpadnięcia się stałych zespołów mimiczno-uczuciowych, które dokonywa się analogicznie do zjawiska rozkojarzenia między intelektualną, a uczuciową sferą psychiki w prostym akcie postrzegania. Dysmimie i paramimie jako wyraz rozkojarzenia uczuć z ich obrazem psychoruchowym idą w parze ze zjawiskiem autyzmu, reprezentującym rozkojarzenie percepcyjne.

Niemożność zbudowania z takich zniekształconych zespołów uczuciowo-mimicznych podstawy dla jednolitych aktów woli jest oczywistą. Stąd spotykamy się w psychice schizofrenicznej, gdy chodzi o wykonywanie zamiarów i spełnianie czynów, z równoczesnem istnieniem podwójnych motywów, jednakowo silnych (ambitendencją) i połowicznem, częściowo każdy z tych motywów uwzględniającem, postępowaniem (ambiwalencja). To rozszczepienie woli i wynikła ztąd niezaradność życiowa, niemożność podjęcia systematycznych i celowych wysiłków, jakich wymaga praca fachowa, czyni tych chorych asocjalnymi, jeszcze zanim wystąpią ostre objawy psychotyczne, albo po ich przeminięciu.

Myślenie schizofreników nabiera oczywiście specjalnego charakteru, skoro zużytkować musi ono materjał wrażeń i uczuć jakościowo zmnienionych i obcych normie psychicznej. Materjał ten nie daje się ująć w związki logiczne w sensie przyczynowości, rządzącej psychiką normalną natomiast podporządkowuje sie swojej specyficznej prawidłowości katathymicznej, która posiada analogię zarówno w t. zw. myśleniu archaicznem czy magicznem ludów pierwotnych, jak równie w urywkach świadomości po zmęczeniu albo w marzeniach sennych. Zatem począwszy od autyzmu i rozkojarzenia mimicznouczuciowego, które to procesy rozstrzygają o nieprawidłowem przygotowaniu materjału percepcyjnego, aż do specjalnego charakteru myślenia możemy wykazywać cechy rozszczepienia osobowości schizofrenicznej. Jak widzimy, w zjawisku rozszczepienia dominująca rola przypada pierwiastkom uczuciowym. Wzruszenia schizofreników w tem zjawisku rozszczepienia osobowości znajdują swój pełny wyraz.

V. Źródła poznania uczuciowości schizofrenicznej.

Przez wyodrębnienie typu schizoida jako jednej z postaci psychopatji konstytucjonalnej, której struktura psychiczna w swych zasadniczych właściwościach pokrywa się z psychiką schizofrenika, zyskaliśmy zdaniem Bleulera i Kretschmera możność dokładnego wglądnięcia w psychologię schizofrenji. Wprawdzie szereg autorów (Bleuler, Boström, Mazurkiewicz, Minkowski) skłania się raczej do ujmowania schizoida i cykloida (syntonji) w sensie zespołu charakterologicznego, znamiennego tylko dla pewnych okresów życia a temsamem stwierdza, że te pojęcia nie mogą być użyte do odróżnienia stałego typu czy charakteru. Historyk sztuki Scheffler w swej charakterystyce epok twórczości artystycznej przeprowadza porównanie pomiędzy duchem sztuki greckiej o cechach syntonicznych, a duchem gotyki, który wykazuje właściwości schizoida. Widzimy zatem, że pojęcie schizoida nie jest ustalone i oznaczać może albo odmianę psychopatji konstytucjonalnej albo przedchorobową osobowość albo wreszcie nawet pewną postać temperamentu czy też sposobu odnoszenia się do pewnej sfery zjawisk. To ostatnie sformułowanie obejmuje zmiany, które możemy śledzić w życiu osobniczem albo w historji sztuki i kultury, której psychopatologja staje się obecnie zagadnieniem aktualnem (Birnbaum). Pomimo tych zastrzeżeń i różnicy, jakie podkreśla obserwacja kliniczna między schizoidem, a procesem schizofrenicznym, pokrewieństwo istotnych cech struktury psychicznej nie ulega tu wątpliwości. Stąd też schizoid, jeśli nie jest kluczem to w każdym razie drogowskazem do wejrzenia w tajniki psychiki schizofrenicznej i jej obrazu psychoruchowego.

Rozporządzamy już dzisiaj badaniami eksperymentalnemi, które zmierzają do ścisłego ujęcia właściwości, wyróżnionych drogą spostrzeżeń klinicznych w typach charakterologicznych (Van der Holst, W. Kibler). Badania te w całej pełni potwierdzają charakterystykę kliniczną typów schizoidalnych i syntonicznych, pozwalają zużytkować eksperyment psychologiczny w dziedzinie mało dotąd temu dostępnej. Nierównie cennym materjałem dla poznania psychologji schizofrenika, a temsamem jej uczuciowości mogą stać się opisy i zwierzenia własne przebytych stanów chorobowych w pamiętnikach, krytycznie zużytkowanych (Wizel „Pamiętnik pacjentki" 1926).

Wreszcie należy szukać analogji psychologicznych w urywkach normy psychicznej, których uzgodnienie i zestrojenie uczuciowe ze zwyczajnym biegiem naszej świadomości napotyka na duże trudności. Z takiemi stanami spotykamy się najczęściej w symptomatologji wyczerpania nerwowego i znajdujemy w nich tak znamienne objawy jak trudność logicznego wiązania faktów, obcość wrażeń, natręctwo pewnych myśli i t. d.

Wyzyskanie coraz dalsze tych wszystkich sposobów badania wzruszeniowości schizofrenicznej pozwoli nam zarówno odtworzyć subjektywne przeżycia tego rodzaju jakoteż nakreślić już nietylko kontury ale precyzyjne rysunki obrazów psychoruchowych, w których odróżnianiu celuje dotąd tylko intuicyjne oko genjalnego klinicysty często zresztą bez świadomości przyczyn takiego, a nie innego ujmowania rzeczy.

Dr. SZCZEKLIK Edward, asystent kliniki. Kraków.

Chlorek amonu jako środek moczopędny.

Z II Kliniki wewnętrznej U. J. (pod kierownictwem Doc. Dr. Tadeusza Tempki).

Działanie moczopędne pewnych soli znane było oddawna, lecz stosowanie ich jako leków moczopędnych weszło w szersze użycie dopiero w ostatnich latach. Jako środki działające moczopędnie stosujemy dzisiaj powszechnie, następujące znane sole nieorganiczne: chlorek wapnia, octan potasu, siarczan amonu i ostatnio wprowadzony do leczenia odwadniającego chlorek amonu. Dokładne badania nad moczopędnem działaniem niektórych soli i nad ich sposobem działania przeprowadzili w r. 1911 Meyer i Cohn. Z badań tych wynikało, że sole, które powodują demineralizację ustroju (wybitny wywóz jonów sodowych i potasowych przedewszystkiem), wywołują silny spadek wagi ciała, zależny od utraty wydalonej wody. Do roli powyższych zaliczali podówczas Cohn i Meyer $KHCO_3$ i $CaCl_2$, a częściowo Ca acet. Działanie demineralizujące chlorku wapnia tłumaczyli wymienieni autorowie w ten sposób, że duże ilości jonu Cl. odłączone od swego katjonu, wydalonego przez jelita, potrzebują dużych ilości innych katjonów (Na i K), by ulec wydaleniu z moczem; w ten sposób przychodzi do ujemnego bilansu tych katjonów w ustroju.

Stosowanie octanu potasu jako środka moczopędnego było już znane starym lekarzom, chlorku wapnia zaś zaczęto używać w tym celu dopiero w ostatnich czasach i to jako pierwsi stosowali go Latkowski, Schultz w obrzękach nerkowych, Blum, Hubel i Hausknecht w obrzękach nerkowych i sercowych, Barrier i i. Równocześnie przeprowadzano badania nad zmianami jakie występują we krwi i w moczu pod wpływem podawania tej soli (Atchley Lab, Benedict, Holdam, Hill, Luck i i.). Działanie moczopędne chlorku wapnia tłumaczą różnorodnie. Według Bluma, Aubela i Hausknechta obrzęk zależy od zatrzymania sodu w organiźmie (zapatrywanie wypowiedziane już zresztą w 1911 r. przez Meyera i Cohna). $CaCl_2$ działa zatem w ten sposób, że podczas gdy Ca zostaje wydalone w przeważnej części przez jelita, Cl wiąże zatrzymany w organizmie sód i przechodzi do moczu jako NaCl zabierając równocześnie ze sobą wodę.

Inne tłumaczenie moczopędnego działania chlorku wapnia pochodzi ze szkoły Haldane'a i jego współpracowników. Według nich diureza zależy od zmian w równowadze kwaso-zasadowej organizmu, a mianowicie dzięki przesunięciu się jonów wodorowych w stronę kwasicy przychodzi do uwolnienia się katjonów, zmniejszenia się ciśnienia osmotycznego krwi i utraty wody. Chlorek wapnia jako kwaśna sól ulega w organizmie takim zmianom, że Ca przechodzi przez jelita jako węglan wapnia, a Cl zostaje wchłonięty jako kwas solny, który wywołuje kwasicę i w ten sposób działa moczopędnie.

Latkowski podaje, że działanie odwadniające jonów wapniowych polega między innemi na uszczelnianiu naczyń. Tłumaczenie Hülsego, że zniknięcie obrzęków pod wpływem $CaCl_2$ jest zależne od zmian w kolloidach, nie jest wystarczającem według Keith i Barriera.

Zatrzymałem się nieco dłużej przy moczopędnem działaniu chlorku wapnia z tego względu, że niżej podana sól i chlorek amonu posiada podobny mechanizm działania moczopędnego jak i chlorek wapnia.

Moczopędne własności chlorku amonu (NH_4Cl) zostały niejako przepowiedziane przez Haldane'a i jego współpracowników w 1923 r. na zasadzie własności chlorku amonu wywoływania kwasicy; z NH_4Cl wprowadzonego do ustroju grupa NH_4 ulega przemianie na mocznik, Cl zaś uwalnia się jako HCl i wywołuje kwasicę, dzięki której przychodzi według tych autorów — do wzmożenia diurezy. Zastosowanie kliniczne, jako środek moczopędny znalazł NH_4Cl dopiero później dzięki Gamble'owi, Blackfan'owi i Hamiltonowi, którzy używali go w chorobach nerek u dzieci i dzięki Keith'owi, Barrier'owi, którzy podawali NH_4Cl u dorosłych w przypadkach obrzęków. Dowodem, dla którego przytoczeni autorowie amerykańscy zwrócili się do NH_4Cl dla uzyskania diurezy była ta okoliczność, że przy dobrem działaniu moczopędnem tego środka nie zauważyli objawów wtórnych jak nudności, wymiotów, biegunek i t. p. które bardzo często występują przy stosowaniu dawek $CaCl_2$; pozatem chlorek amonu ma posiadać wobec chlorku wapnia dużą wyższość jako środek moczopędny.

Pod wpływem podawanego chlorku amonu mają występować — według przytoczonych wyżej autorów amerykańskich — zmiany we krwi i w moczu. I tak we krwi obniża się zasób zasad (rezerwa alkaliczna) od 22—25% CO_2, a zwiększa zawartość chloru od 4—25%; mocznik surowicy jużto podwyższa się nieznacznie, jużteż zwiększa się w sposób wybitny, nawet dwukrotnie. Pod wpływem NH_4Cl zwiększa się kwaśność moczu, tak, że pH moczu waha się od 5,8 do 4,6. Wydalanie sodu przewyższa pobór sodu; wydalanie jonów chloru bywa jużto większe od poboru jużto mniejsze; w żadnym przypadku wydalanie tych 2 pierwiastków nie idzie w parze. Pobór i wydalanie jonów potasu bywa utrzymywane w równowadze. Zachowanie się fosforanów, wapnia i magnu nie wykazuje większych zmian. Ilość wydalonego amoniaku wybitnie się zwiększa. Najcharakterystyczniejszą zatem zmianą która się łączy ze wzmożeniem diurezy wywołanej przez podanie NH_4Cl jest zwiększenie ilości wydalonego sodu (strata sodu).

Dawki chlorku amonu potrzebne do wywołania diurezy wynoszą 5,0—16,0 gr. dziennie, podawane przez przeciąg 3—18 dni. W czasie pobierania chlorku amonu należy badać od czasu do czasu zasób zasad we krwi, który ulega znacznemu obniżeniu. W jednym przypadku Keith'a-Barrier'a zmniejszenie się zasobu zasad doszło do 9% CO_2, przyczem pojawiły się wybitne objawy kwasicy, które zresztą natychmiast ustąpiły po dożylnem wlaniu 1000 ccm 5% rozczynu dwuwęglanu sodu.

Chlorku amonu używali powyżsi autorowie jako środka moczopędnego w przypadkach chorób nerkowych jak *nephrosis, glomerulonephritis acuta et chronica, amyloidosis renum*, następnie w przypadkach nagromadzenia się płynu w jamie brzusznej w przebiegu marskości wątroby zanikowej, kiłowej i zapaleniu błon surowiczych, zwyrodnienia mięśnia sercowego, choroby Bantiego, nowotworów brzusznych i to w połączeniu z nowasurolem, z wynikiem prawie zawsze dobrym (bardzo znaczne wzmożenie diurezy, doprowadzające jużto do zupełnego zniknięcia obrzęków i wolnego płynu w jamie brzusznej, jużteż do znacznego się ich zmniejszenia).

Dobre wyniki osiągnięte przez autorów amerykańskich przy stosowaniu chlorku amonu jako środka moczopędnego zachęciły nas do wypróbowania tego leku w II. klinice wewnętrznej U. J. w szeregu przypadków, które poniżej przytaczam.

P r z y p a d e k 1. Mężczyzna l. 46.

Rozpoznanie kliniczne: *cirrhosis hepatis luetica cum ascitide*. Choroba trwa od lat 3-ch i rozpoczęła się powiększaniem się brzucha. Powłoki zewnętrzne, płuca i serce bez zmian; w jamie brzusznej wolny płyn, wątroba znacznie powiększona (6 cm niżej łuku żebrowego), gładka, zbita, mało tkliwa; w moczu ślad białka, urobilina +, urobilinogen +; w osadzie leukocyty, wałeczki szkliste (białko w moczu i zmiany w osadzie wystąpiły dopiero po leczeniu bizmutem); w treści żołądkowej brak wolnego HCl.; krew cytologicznie prawidłowa; odczyn Wassermanna we krwi ujemny, z płynem mózgordzeniowym niepewny (w wywiadach przebyta kiła). Najpierw leczono chorego wlewaniami dożylnemi neosalutanu (w ogólnej ilości 3 gr.), nowasurolu (5 dawek po 2 ccm) i przetworami bizmutowemi. Po dwumiesięcznem powyższem leczeniu chory czuł się niewiele lepiej, objętość brzucha zmniejszyła się bardzo nieznacznie, a spadek wagi ciała w przeciągu tego czasu wynosił 2 kg. Po każdej dawce novasurolu diureza wzmagała się w dniu zastosowaniu tego środka do 2000 ccm na dobę, by w następnym dniu spaść do 600—900 ccm na dobę.

W celu zwiększenia wydalania moczu dla usunięcia wolnego płynu z jamy brzusznej podano choremu chlorek amonu. Poniżej podaję w cyfrach wpływ chlorku amonu na diurezę i wagę ciała.

Data	Dawka dzienna NH_4Cl	Ilość dobowa moczu	Waga ciała
8/III.	—	800 ccm	70 kg
9/III.	5 gr.	1110	
10/III.	7,0	1600	
11/III.	10,0	1700	
12 III.	10,0	1400	
13/III.	12,0	1500	67 kg
14/III,15 III	—	900,—800	
16/III.	10,0	1110	
17/III.	12,0	1700	
18/III.	14,0	1800	
19/III.	14,0	1800	
20/III.	12,0	1300	66 kg.

Lek znosił chory zupełnie dobrze; zasób zasad krwi wahał się w czasie podawania środka od 64—56% CO_2; objętość brzucha zmniejszyła się o 7—8 cm, waga spadła o 4 kg; po ukończeniu leczenia płyn z jamy brzusznej prawie zupełnie ustąpił, chory czuł się całkiem dobrze.

Przypadek 2-gi dotyczył mężczyzny l. 44 (L. dz. 365/1925-26) Rozpoznanie kliniczne: *Insufficientia valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sinistri in stadio decompensationis (anasarca, hyperaemia passiva pulmonum, hepatis ac renum); exsudatum pleuriticum dextrum; cor bovinum.*

Chory od lat dwu; z dolegliwości wybijały się na plan pierwszy: silna duszność, kaszel, bezsenność. Badanie przedmiotowe wykazało zmiany podane wyżej w rozpoznaniu. W moczu znaleziono nieznaczną ilość białka (0,1‰), w osadzie pojedyncze leukocyty, nabłonki dróg moczowych, fosforany. Badanie krwi wykazało nieznacznego stopnia niedokrwistość wtórną; odczyn Wassermanna wypadł ujemnie.

Początkowo podano choremu naparstnicę (*digipuratum* 20 kropli 3 razy dziennie) i diuretynę 0,5 3 razy dz. (3 tabl. dz.). W czasie podawania tych leków stan przedmiotowy i podmiotowy chorego prawie nie uległ zmianie, a ilość wydalanego moczu utrzymywała się na wysokości 450 ccm na dobę. Po jednorazowej injekcji novasurolu ilość dobowa moczu podniosła się wprawdzie do 1200 ccm w dniu wstrzyknięcia, chory jednak bardzo silnie zareagował na lek w postaci ciepłoty 38'6° C, dużej duszności, silnym kaszlem, sinicą. Ponieważ tętno chorego utrzymywało się na wysokości 80 uderzeń na minutę, było dobrze napięte i wypełnione, odstawiono powyższe środki, a dla wzmożenia diurezy podano chlorek amonu.

Działanie moczopędne chlorku amonu przedstawiało się następująco:

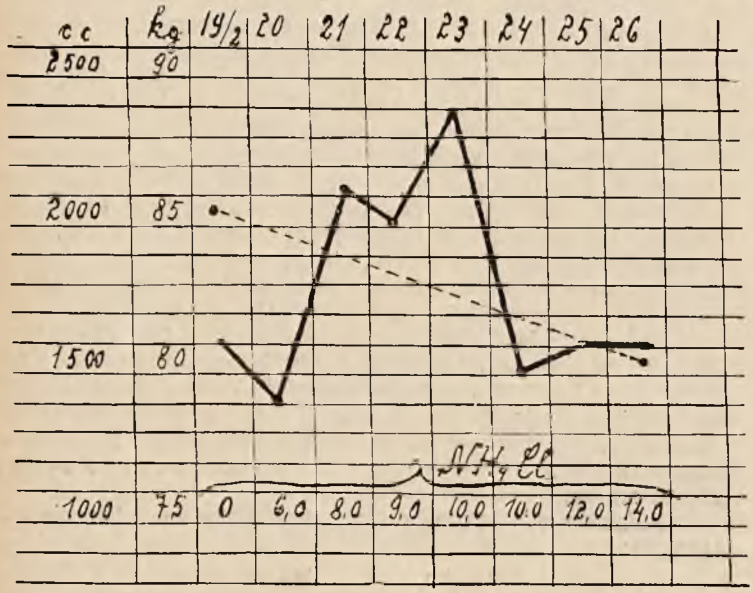
Data	Dawka dzienna NH_4Cl	Ilość dobowa moczu	Wa a
24/IV.	—	400 cm	76 kg
25/IV.	5,0 gr	350	
26/IV.	6,0	500	
27/IV.	7,0	500	
28/IV.	8,0	800	
29 IV.	9 0	700	
30/IV.	10,0	700	77·5 kg
1/V.	11,0	750	
2/V	12,0	1000	
3/V.	13,0	1000	
4/V.	14,0	1350	
5/V.	15,0	1200	75 kg

6/V.	16,0	1000	
7/V.	14,0	1450	
8/V.	14,0	1400	72·5 kg
9/V.	14,0	1300	
10/V.	14,0	1300	
11/V.	14,0	900	70·5 kg

Zasób zasad krwi wynosił w dniu podania leku 58% CO_2, w 8 dni później 50% CO_2, a w ostatnim dniu podawania 44% CO_2. Chory znosił lek dobrze i użył go w ciągu 17 dni 196 gr., diureza uległa znacznemu zwiększeniu, a spadek wagi ciała wynosił 7 kg. Objawy zastoinowe prawie zupełnie znikły, dolegliwości chorego ustąpiły całkowicie.

Przypadek 3. mężczyzna l. 55. (L. dz. 415/1925-26). Rozpoznanie kliniczne: *Emphysema pulmonum alveolare essentiale. Arteriosclerosis universalis. Myocarditis chronica.* Chory od kilku lat. Ze skarg chorego należy podnieść: duszność, kaszel, ogólne osłabienie. Sinica, na kończynach dolnych nieznaczne obrzęki. W płucach rozedma znacznego stopnia z towarzyszącym nieżytem oskrzeli. Serce w całości dość znacznie powiększone, tony głuche, tętno 80—90, dobrze napięte, miarowe. Ciśnienie: RR 120/65. Wątroba powiększona, sięga 3—4 cm niżej łuku żebrowego. W jamie brzusznej wolny płyn w niedużej ilości. Mocz i białko 1,5‰, w osadzie nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste; krwinek czerwonych nie znaleziono. Odczyn Wassermanna ujemny.

Choremu podano chlorek amonu w parę dni po wstąpieniu na klinikę, celem wzmożenia diurezy i odwodnienia ustroju. Załączona krzywa przedstawia zachowanie się moczu (---) i wagi ciała (- - -) w czasie podawania chlorku amonu.



Zasób zasad krwi wynosił w dniu podania leku 71'5% CO_2, w dniu odstawienia środka 36% CO_2. W pierwszych dniach zażywania chlorku amonu chory znosi lek dobrze, w późniejszych dniach miewa tylko nieznaczne pieczenie wzdłuż przełyku. Po ukończeniu leczenia wystąpił nieznaczny brak łaknienia i wzmożenie pragnienia, które to objawy po 2 dniach trwania ustąpiły. W ciągu tygodniowego podawania chlorku amonu chory stracił 5 kg na wadze; obrzęki i płyn wolny w jamie brzusznej ustąpiły, podobnie jak i podmiotowe dolegliwości chorego. Wpływu ubocznego działania chlorku amonu nie spostrzeżono.

Przypadek 4: kobieta lat 21. (L. dz. 445/1925-26). Rozpoznanie kliniczne: *polyserositis tbc.* Choroba rozpoczęła się przed 2-ma miesiącami ogólnem osłabieniem, lekkim kaszlem, powiększeniem objętości brzucha. Badanie przedmiotowe wykazało zagęszczenie obydwu szczytów płuc; w lewej jamie opłucnej wolny płyn wysiękowy sięgający do 4 żebra, w prawej jamie opłucnej nieduża warstwa płynu w zatoce przeponowo-żebrowej. W jamie brzusznej pewna ilość wolnego płynu.

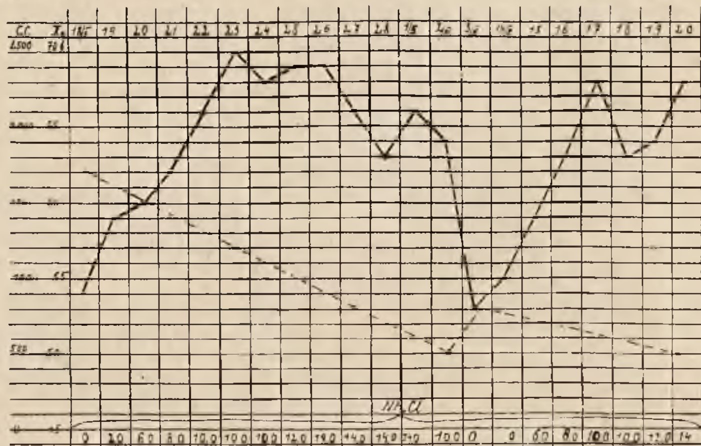
Chorej podano chlorek amonu. Zasób zasad we krwi wynosił początkowo 66% CO_2, w ostatnim dniu pobierania leku 64% CO_2. Działania ubocznego leku nie spostrzeżono. Początkowo chora nie gorączkowała, jednakowoż po 10-dniowym pobycie w klinice pojawiły się wzniesienia ciepłoty dochodzące do 37'8° C wieczorem; ponieważ ciepłoty wieczorne utrzymywały się, chlorek amonu odstawiono.

Przypadek 5 dotyczył kobiety lat 42 (L. dz. 315/1925-26). Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *nephrosis ss. hydrope universali (anasarca, hydrothorax, hydropericardium, ascites).* Chora od 4 miesięcy. Skargi chorej dotyczyły głównie ogólnego osłabienia, oraz pewnej duszności w czasie ruchów. Badanie przedmiotowe wykazało zmiany wymienione w rozpoznaniu. Ciśnienie RR 125/98 mm Hg. Mocz 25‰ białka (Essbach); osad: liczne wałeczki szkliste, ziarniste, obłożone leukocytami, złuszczone nabłonki dróg moczowych, *b. coli.* Azot pozabiałkowy — 35 mg. w 100 ccm. Dno oka prawidłowe. Odczyn Wassermanna ujemny. Wskaźnik Ambarda 0,09.

Leczenie chorej polegało początkowo (poza dietą bezsolną, ograniczeniem płynów) na podawaniu środków moczopędnych z grupy purynowej, a potem *calium aceticum,* które jednak zupełnie zawiodły. Wobec tego podano tyreoidynę w ilości od 0,1—0,7 gr. dziennie przez kilkanaście dni, dzięki której diureza wzmogła się znacznie, a chora straciła 8 kg na wadze. Gdy jednak tyreoidyna po pewnym czasie przestała działać, a tętno pod jej wpływem doznało przyśpieszenia do 130 uderzeń na minutę środek ten odstawiono i zastosowano novasurol, który jednak prawie zupełnie nie działał. Po 5 injekcjach novasurolu (dożylnie po 1 ccm) podano chlorek amonu. Lek znosiła chora dobrze; działania ubocznego nie zauważono, jedynie częstość tętna zmniejszyła się z 110—100 na 90—100 na minutę. Ilość dobowa moczu zwiększyła się bardzo znacznie jak to wykazuje niżej zamieszczona krzywa, a ciężar ciała spadł w ciągu 12 dni o 12 kg; w związku z tem puchlina prawie znikła. Ilość białka w moczu obniżyła się już w czasie podawania tyreoidyny z 25 na 6‰, a po ukończeniu leczenia chlorkiem amonu pozostała na wysokości 1‰ i również ilość składników nerkowych w osadzie zmniejszyła się bardzo znacznie (o 70—80%). Zasób zasad we krwi utrzymywał się w czasie pobierania chlorku amonu między 64—46% CO_2; zmian w azocie pozabiałkowym w surowicy krwi nie spostrzeżono w czasie podawania leku.

Wstrzyknięty po odstawieniu chlorku amonu novasurol wywołał diurezę dochodzącą do 2200 ccm moczu na dobę, podczas gdy ilość dobowa moczu po novasurolu zastrzykniętym przed podaniem chlorku amonu nie dochodziła nawet do 1500 ccm moczu na dobę.

Po dwutygodniowej blisko przerwie zastosowano u chorej powtórnie chlorek amonu dla usunięcia resztek obrzęku, lek i tym razem zadziałał dobrze, a chora straciła dalsze 3 kg wagi ciała; obrzęki i płyn w jamach ciała zupełnie znikły, chorą wypisano do domu.



Po miesięcznym pobycie w domu zgłasza się chora z powrotem do kliniki. Skargi chorej odnosiły się tym razem do świeżo powstałych obrzęków, nudności, wymiotów, bólów głowy. Badanie przedmiotowe wykazało: obrzęki nieznacznego stopnia w tkance podskórnej całego ciała; narządy wewnętrzne bez zmian; płynu w jamach ciała nie znaleziono. W moczu 15‰ białka, osad jak za porzednim razem. Również inne badania dodatkowe wypadły jak za pierwszym pobytem chorej w klinice. Podano chorej znowu chlorek amonu; ilość dobowa moczu jednakowoż prawie nie wzmogła się, dopiero po podaniu tyreoidyny (od 0,4—0,8 gr. dziennie) i chlorku amonu (8,0—14,0 gr. dziennie) równocześnie przez dni 10, diureza wzmogła się z 800 ccm moczu na dobę na 1800 ccm moczu na dobę, lecz nienadługo, gdyż po 5 dniach trwa-

nia spadła z powrotem na 800—900 ccm moczu na dobę mimo podawania tej samej ilości tyreoidyny i chlorku amonu, a nawet mimo następowego zwiększenia dawek obydwu leków. Przez cały czas pobierania chlorku amonu za powtórnym pobytem chorej na klinice, miała chora od czasu do czasu wymioty, nudności, bóle głowy, które to dolegliwości trudno jednak odnosić do podawanego leku, gdyż istniały jeszcze przed powtórnem przybyciem chorej do kliniki.

Tym razem opuściła chora klinikę bez widocznej poprawy.

Przypadek 6. Kobieta l. 28. (L. dz. 441/1925-26).

Rozpoznanie kliniczne: *nephroso nephritis chronica*. Chora od $2^1/_2$ roku. Skargi jej dotyczą ogólnego osłabienia. Badaniem przedmiotowem wykazuje się obrzęki na kończynach dolnych; płuca bez zmian; serce przerosłe i rozszerzone w obydwu wymiarach. Ciśnienie krwi: RR 155/105 mm Hg. Inne narządy wewnętrzne nie wykazują zmian. W moczu białka 15‰, w osadzie liczne krwinki czerwone, wałeczki szkliste, ziarniste, pojedyńcze ciałka białe, złuszczone nabłonki dróg rodnych. Azot pozabiałkowy 48 mg w 100 cm^3 surowicy; białko surowicy krwi 5'78%; zasób zasad 60% CO_2; odczyn Wassermanna ujemny.

Celem odwodnienia ustroju podano chorej chlorek amonu. Przez pierwsze 2 dni znosi chora lek dobrze. W 3-cim dniu podawania trzykrotne wymioty, 4 stolce płynne; w 4 dniu: 2 stolce biegunkowe, ból głowy, nudności; w 5 dniu stolec zaparty, wymiotów, nudności nie było, silny ból głowy, zasób zasad we krwi 48% CO_2, białko surowicy 5'36%, badanie moczu wypadło jak za pierwszym razem. W 6 dniu podawania poza silnym bólem głowy, chora nie odczuwa żadnych dolegliwości. Lek odstawiono, gdyż nie uzyskano wzmożenia diurezy, ani spadku wagi ciała, a wyżej podane objawy utrzymujące się uporczywie nie pozwalały na dalsze podawanie chlorku amonu.

Przypadek 7 dotyczy mężczyzny l. 24. (L. dz. 43 i 191/25-26). Rozpoznanie kliniczne: *nephroso-nephritis chronica ss. hydrope universali (anasarca, hydrothorax dexter, hydropericardium, ascites) et hypertrophia et dilatatione cordis totius. Adynamia m. cordis.*

Choroba rozpoczęła się przed rokiem obrzękami, osłabieniem. Stan obecny: nieznacznego stopnia sinica, dość duże obrzęki na całem ciele. Płuca: zastoina w dolnych, tylnych częściach, w opłucnej prawej i w osierdziu płyn przesiękowy. Serce wykazuje zmiany podane w rozpoznaniu. Ciśnienie krwi RR. 165/115 mm Hg., tętno 120—130, niemiarowe, słabo wypełnione. Wątroba zastoinowa. W moczu białka 10‰, w osadzie bardzo liczne krwinki czerwone, dużo wałeczków szklistych, ziarnistych, obłożonych leukocytami, pojedyncze leukocyty. Odczyn Wassermanna ujemny. Dno oka: *retinitis albuminurica*. Azot pozabiałkowy w 100 ccm surowicy krwi 50 mg.

Chory był leczony w klinice dwukrotnie. Za pierwszym pobytem otrzymywał tyreoidynę obok środków nasercowych z wynikiem dobrym. Za drugim razem leczono chorego najpierw przetworami naparstnicy ze względu na silne objawy niedomogi serca, po której wyrównaniu podano tyreoidynę, lecz bez skutku. Wobec niemożności zwiększenia diurezy żadnemi innemi środkami moczopędnemi podano choremu chlorek amonu. Już w pierwszym dniu podania chlorku amonu wystąpiły bóle głowy, nudności, biegunki (7 stolców płynnych), które to objawy utrzymywały się przez następne dni. W ostatnim dniu pobierania leku 1 stolec stały, jednakowoż bóle głowy i wymioty utrzymują się, tak, że musiano zaprzestać podawania leku. Zasób zasad we krwi nie spadł w tym czasie nigdy poniżej 48% CO_2.W moczu innych zmian, poza opisanemi początkowo nie stwierdzono. Ilość dobowa moczu nie uległa zwiększeniu, waga ciała utrzymywała się na pierwotnej wysokości. Lek odstawiono nie wywoławszy diurezy.

Leczone przez nas chlorkiem amonu schorzenia dotyczyły zatem 3 przypadków chorób nerkowych, 2 przypadków chorób sercowych, 1 przypadku marskości wątroby i 1 przypadku *polyserositis*. We wszystkich tych cierpieniach podano chlorek amonu celem wzmożenia diurezy i usunięcia przez to jużto obrzęków skórnych, jużteż płynu nagromadzonego w jamach ciała.

Z pośród 3 chorych nerkowych tylko jeden (przyp. 5 — *nephrosis*) oddziałał dobrze na podany NH_4Cl. Chora ta straciła w ciągu dwutygodniowego leczenia chlorkiem amonu 12 kg na wadze, a przy powtórnem podaniu, po kilkudniowej przerwie 3 kg, czyli razem 15 kg. Stan ogólny chorej uległ przytem tak dużej poprawie, że obrzęki zupełnie znikły, a białko moczu spadło do $^1/_2$‰, a osad moczu wykazywał zaledwo pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste. Chora opuszczając klinikę czuła się zupełnie dobrze. Na tem miejscu należy jeszcze raz zaznaczyć, że przed podaniem chorej NH_4Cl wyczerpano wszystkie środki moczopędne włącznie z tyreoidyną i novasurolem i że środki te po pewnym czasie stosowania, a przed osiągnięciem pełnego skutku przestawały działać. Chlorek amonu odmówił jednak w tym przypadku, gdy chora po miesięcznym pobycie w domu po raz drugi zgłosiła się na klinikę z powodu powtórnego pojawienia się obrzęków. Zastosowany wówczas NH_4Cl nie działał moczopędnie, a dopiero po równoczesnem podaniu NH_4Cl i tyreoidyny przyszło do wzmożenia diurezy na czas zresztą niedługi. Odnosiło się wrażenie, że organizm chorej przyzwyczaił się do leku; prawdopodobniejszem wydaje się jednak tłumaczenie, że w tym okresie nefrozy żadnym już środkiem moczopędnym nie można było wywołać diurezy.

Dwa inne przypadki nerkowe dotyczyły formy mięszanej zapalenia nerek t. z. *nephroso-nephritis chronica*. W obydwu tych przypadkach przebiegających z obrzękami NH_4Cl zupełnie nie działał moczopędnie; ilość dobowa moczu i waga chorych utrzymywały się na dawnym poziomie. U obydwu chorych przyszło pod wpływem podawania NH_4Cl do zaburzeń ogólnych jak bóle głowy, wymioty, biegunki, które należy odnieść do ubocznego działania środka, gdyż ani kontrola zasobu zasad we krwi nie wykazywała tak znacznego spadku, by można było dolegliwości powyższe przyjąć za objawy kwasicy, ani badanie moczu, krwi (azot pozabiałkowy), stan narządów wewnętrznych nie wykazywał czyto zaostrzenia sprawy chorobowej, czyteż wystąpienia nowych objawów chorobowych, mogących tłumaczyć biegunki, wymioty i t. d. Obydwaj ci chorzy wykazali dużą nietolerancję na chlorek amonu, przez co środek ten nie mógł być dłużej podawanym, a ponieważ nie wchłaniał się przytem należycie nie mógł działać moczopędnie. Dlaczego właśnie w mieszanej formie zapalenia nerek wystąpiły uboczne objawy działania NH_4Cl, których zresztą w innych przypadkach leczonych chlorkiem amonu nie spostrzegano trudno wytłumaczyć. Przynajmniej zwykłe badania kliniczne, przeprowadzone w tych przypadkach nie dają wystarczającego wyjaśnienia. Chlorek amonu stosowano nadto u 2-ch chorych sercowych, mianowicie w przypadku niewyrównanej wady serca i przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, przebiegających z obrzękami. W przypadku pierwszym podawane poprzednio środki moczopędne z grupy purynowej wraz z przetworami naparstnicy, jakoteż injekcje novasurolu (na które chory reagował — za każdą injekcją — dusznością, sinicą i podniesieniem ciepłoty) nie doprowadziły do żadnego skutku, jeżeli chodziło o wzmożenie diurezy, a nawet stan obrzęków chorego i stan ogólny z dnia na dzień pogarszał się. Dopiero podanie NH_4Cl wzmogło wybitnie diurezę, a po spożyciu przez chorgo 192 gr. NH_4Cl waga spadła o $5^1/_2$ kg., obrzęki prawie zupełnie ustąpiły, a stan ogólny chorego poprawił się całkowicie (ustąpiła duszność, kaszel i t.d.).Należy przytem zaznaczyć, że równocześnie z NH_4Cl chory nie otrzymywał przetworów naparstnicy, gdyż już poprzednio podana naparstnica doprowadziła ilość uderzeń tętna do 70—75 na minutę; działanie moczopędne w tym przypadku należy odnieść tylko do NH_4Cl.

Podobnie i u drugiego chorego nastąpiło bardzo wybitne wzmożenie ilości dobowej moczu pod wpływem NH_4Cl, dochodzącej do 2400 ccm, waga zaś chorego zmniejszyła się o 5 kg. U tego chorego poza NH_4Cl nie stosowano też żadnych środków sercowych. Po ustąpieniu obrzęków stan podmiotowy chorego uległ bardzo znacznej poprawie.

Stosowanie chlorku amonu w przypadku marskości wątroby kiłowej dało też wynik dodatni, objawiający się prawie zupełnem zniknięciem płynu wolnego z jamy brzusznej i spadkiem wagi ciała o 4 kg. przy diurezie dochodzącej do 1800 ccm moczu na dobę. Chory ten leczony poprzednio środkami przeciwkiłowemi, a następnie novasurolem, a więc lekiem zarówno przeciwkiłowym jak i moczopędnym, wykazywał zaledwie nieznaczne wahania wagi (spadek około 2 kg.) i dopiero zastosowany chlorek amonu zwiększył wydzielanie moczu i usunął wolny płyn z jamy brzusznej.

Wreszcie przypadek *polyserositis*. Chora po 5 dniowem używaniu NH_4Cl (54 gr. NH_4Cl) niewykazała wzmożenia dobowej ilości moczu, a waga chorej utrzymywała się na jednakowym poziomie. Ze względu na niezbyt dobry stan chorej (podwyższona ciepłota, nieznaczny kaszel) niekontynuowano dalszego podawania NH_4Cl. Jeśli więc w tym przypadku nie osiągnięto celu, to przyczyną mogło być zbyt krótkie stosowanie chlorku amonu z jednej strony, a z drugiej strony zaostrzenie sprawy chorobowej, które wystąpiło w czasie podawania leku, przypuszczalnie jednak niezależnie od niego. Być może, że przez dłuższe podawanie NH_4Cl możnaby było wzmóc diurezę, gdyż później zastosowany $CaCl_2$ w dużych dawkach, łącznie z leczeniem ogólnem zadziałał wyraźnie, a przecież działanie moczopędne NH_4Cl jest takie same jak działanie $CaCl_2$, a nawet — jak podają autorowie amerykańscy — silniejsze.

W przypadkach naszych podawaliśmy NH_4Cl w dawkach dziennych od 5—16 gr. przez przeciąg dni paru do 17., dochodząc do ilości ogólnej 192 gr. NH_4Cl w jednym przypadku. W czasie podawania leku ograniczano zawsze ilość pobieranych płynów do 600—1000 ccm na dobę i stosowano dietę bezsolną, a w przypadkach nerkowych ograniczano białko. Lek podawano albo w roz-

tworze, albo w opłatkach w dawkach jednorazowych 1,0—1,5 gramowych. Chorzy znosili lek dobrze, z wyjątkiem 2 przypadków wyżej przytoczonych, w których wystąpiły po spożyciu NH_4Cl przytoczone już objawy ogólne. Szkodliwego działania NH_4Cl na organizm nie zauważono. W 3 przypadkach, mianowicie: 2 przypadkach sercowych i przypadku nefrozy przyszło w czasie podawania NH_4Cl do obniżenia częstości tętna o 10—15 uderzeń na minutę, które po odstawieniu leku wracało do poprzedniej częstości. W przypadkach przebiegających z białkomoczem, białkomocz, albo utrzymywał się na dawnym poziomie, albo zmniejszał się bardzo znacznie, zwłaszcza w *nephrosis*. Objawów zadrażnienia nerek nawet po bardzo dużych dawkach NH_4Cl nie zauważono.

Ważną była kontrola zachowania się zasobu zasad we krwi w czasie podawania NH_4Cl. Jak wyżej wspomniałem NH_4Cl może wywołać zmniejszenie zasobu zasad nieraz bardzo znaczne, dzięki czemu wystąpić mogą objawy kwasicy. W naszych przypadkach zasób zasad, z wyjątkiem przypadku 4, spadał poniżej dolnej granicy prawidłowej, a w jednym przypadku spadł do wartości wcale niskiej bo 36% CO_2. W żadnym jednakowoż przypadku nie wystąpiły objawy kwasicy. Okazało się nawet, że tak niski zasób zasad jak 36% CO_2, osiągnięty w przytoczonym przypadku był przez chorego dobrze znoszony i nie wywołał żadnych objawów. Na podstawie tego można zatem przypuścić, że nawet znaczne zmniejszenie zasobu zasad we krwi pod wpływem NH_4Cl nie wywołuje niepożądanych objawów kwasicy i że jakiegoś niebezpieczeństwa z tej strony nie należy się zbytnio obawiać. Kontrola zasobu zasad w czasie podawania NH_4Cl jest wskazana, ale nie jest jednak warunkiem koniecznym.

W spostrzeganych przypadkach nie zauważono, by istniał jakiś związek między wielkością spadku zasobu zasad we krwi, a ilością wydalonego moczu, czyli — innemi słowy — by wzmożenie diurezy było zależne od stopnia zmniejszenia się zasobu zasad krwi. Wprawdzie we wszystkich przypadkach w których wzmagała się diureza obniżał się również zasób zasad, ale też w niektórych przypadkach, mimo znacznego spadku, zasobu zasad (przypadki *nephroso-nephritis)* ilość wydalanego moczu nie zwiększała się. Wytłumaczenia moczopędnego działania NH_4Cl na podstawie naszych przypadków podać niemożna, tem więcej, że badań w tym kierunku nie przeprowadziliśmy, a środek powyższy stosowało się jedynie dla przekonania się, czy i w jakich wypadkach działa on moczopędnie.

Moczopędne działanie chlorku amonu trwa tak długo, jak długo lek ten jest podawany: po zaprzestaniu podawania dobowa ilość moczu spada znacznie poniżej granicy osiągniętej pod wpływem podawanego NH_4Cl, nie osiąga jednak nigdy wartości tak niskich, jakie się widzi w pierwszych dniach po diurezie spowodowanej novazurolem. Jak długo utrzymuje się stan poprawy uzyskany leczeniem NH_4Cl nie można dokładnie powiedzieć na podstawie naszych spostrzeżeń, gdyż czas kontroli przypadków nie jest jeszcze zbyt długi. W przypadku 2 i 5 obrzęki znikły zaledwie na przeciąg jednego miesiąca, w innych przypadkach po wyjściu chorych z kliniki nie mieliśmy jeszcze sposobności stwierdzić długotrwałości poprawy. Autorowie amerykańscy spostrzegali poprawę trwającą nawet kilka miesięcy, a ewentualne nawroty obrzęków leczyli znowuż skutecznie podawaniem NH_4Cl.

Jeśli z przytoczonych przypadków wolno wyciągnąć jakieś wnioski, to możnaby powiedzieć, że chlorek amonu stosowany w przypadkach obrzęków nefrotycznych, obrzęków sercowych, płynu w jamie brzusznej na tle marskości wątroby działa silnie moczopędnie i powoduje zniknięcie obrzęków i płynu wolnego. NH_4Cl jest w powyższych przypadkach środkiem tem cenniejszym, że działa skutecznie nawet wtedy, kiedy niektóre, a czasem wszystkie inne środki moczopędne zawodzą. Spostrzeżenia powyższe pozostają zresztą w zgodzie ze spostrzeżeniami autorów amerykańskich, którzy środek ten jako moczopędny do lecznictwa wprowadzili. Natomiast w postaci mieszanej zapalenia nerek NH_4Cl niedziała jako środek moczopędny, a nawet wywołuje objawy uboczne i może wpłynąć na stan ogólny chorych. Być może, że niedziałanie chlorku amonu w tych przypadkach zależało od daleko już posuniętego schorzenia nerek.

W każdym bądź razie w chlorku amonu posiada lecznictwo energiczny środek moczopędny, który umiejętnie zastosowany daje doskonałe wyniki. Dalsze spostrzeżenia na większym materjale chorych poczynione, pozwolą ściślej oznaczyć zakres stosowania i działania chlorku amonu, a może i wytłumaczą sposób działania tego środka.

Piśmiennictwo:

N. M. Keith, Ch. W. Barrier, Whelan: Treatment of Nephritis and Edema with Calcium. J. of. A. M. A. 1924. Vol. 83. Nr. 9. — L. C. Rowntree, N. M. Keith, Ch. W. Barrier: Novasurol in the treatment of ascites in hepatic disease. J. of. A. M. A. 1925. Vol. 85. Nr. 16. — Keith, Barrier, Whelan: The diuretic action of ammonium-chlorid and novasurol. J. of. Am. Med. As. Vol. 85. Nr. 11. — Latkowski: O działaniu soli wapniowych na ustrój. Pol. Arch. Med. Wewn. 1923. T. I. Z. II. — Blum, Aubel, Hausknecht: L'action diurétique des sels de calcium dans la néphrite avec oedèmes. Mem. de la Soc. Méd. d. Hôp. de Paris. 1922. str. 207. — Meyer. Cohn: Klinische Beobachtungen und Stoffwechselversuche über die Wirkung verschiedener Salze beim Säugling.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Doc. Dr. SEMERAU-SIEMIANOWSKI. Warszawa.
i Dr. Klementyna RACHOŃ.

W sprawie ostrego porażenia żołądka. *(Gastroplegia acuta).*

Z oddziału Chorób Wewnętrznych B Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.
Kierownik: Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski.

Stany nagłego niedowładu żołądka połączone z ujawnieniami się znacznej rozstrzeni stanowią, przynajmniej od lat około 30, dla chirurgów wydarzenia, spotykane nie tak rzadko w następstwie różnych zabiegów w jamie brzusznej. Znajomość takich zaburzeń żołądka datuje się wszakże od czasów dawniejszych. Znajdujemy np. w podręczniku angielskim W. Brintona z połowy zeszłego wieku opis ostrego porażenia żołądka, a Rokitansky odkrył w roku 1863 niedrożność tętniczo-krezkową jako przyczynę rozstrzeni górnych odcinków przewodu pokarmowego. Nie zwrócono jednakże wtedy na te publikacje większej uwagi. Dopiero od czasu badań Kundrata, Schnitzlera, Albrechta, Lecene'a, Tissier'a, Lardennois'a, Hartmann'a i innych zaczęto zajmować się omawianemi zjawiskami i wyświetlać ich patogenezę oraz leczenie. Dziś piśmiennictwo międzynarodowe rozporządza całym szeregiem przyczynków kazuistycznych z tej dziedziny, wśród których widzimy i polskie (Grundzach, Borysowicz, Byszewski i Czarnocki.

Częstsze spostrzeganie takich dawniej wyjątkowo notowanych spraw chorobowych pozostaje niewątpliwie w związku z coraz radykalniejszemi operacjami żołądka lub innych narzadów brzusznych połączonemi ze stosowaniem dłuższej narkozy zwłaszcza chloroformowej. Zaorski w swojej monografji o wrzodzie okrągłym żołądka wspomina o tem powikłaniu pooperacyjnem na drugiem miejscu, zaraz po krwotoku. Znane są jednakże przypadki ostrego porażenia żołądka po zabiegach chirurgicznych na klatce piersiowej i kończynach. Podług statystyki Laffer'a na 217 przypadków zestawionych 69% należy do pooperacyjnych a tylko reszta t. j. 31% do samoistnych. Wśród tych ostatnich spotykamy jako przyczyny ostre błędy dietetyczne, ciężkie choroby zakaźne (dur, płonica, cholera) lub przewlekłe wycieńczające, (gruźlica, rak, kiła), schorzenia rdzenia, urazy mechaniczne, założenie gorsetu gipsowego, zatrucie weronalem, i t. p. Niekiedy trudno ustalić istotne tło etjologiczne, gdyż cały proces powstaje jako ostateczne zamknięcie błędnego koła, którego początki tkwią w zbiegnięciu się przygodnych drobnych zaburzeń, małych zmian ustrojowych i pewnego wrodzonego usposobienia. Przypadek, który poniżej referujemy, zdaje się bardziej należeć do tej grupy, gdyż z pewnych względów odtworzenie patogenezy napotykało w naszych warunkach na różne trudności. Mimo szeregu szczegółów, których nie udało się wyjaśnić, uważamy jednakże za wskazane podać go do ogólnej wiadomości, ponieważ ostre porażenie żołądka, jak wynika z danych poprzednio przytoczonych, należy do rzadkości, mało zaś znany zespół objawów utrudnia zapobieganie pomyłkom rozpoznawczym.

M. M. lat 30, gospodyni, przybyła na odział nasz 13. IX. 1926. W wywiadach podała, że cierpi na ataki bólów umiejscowionych w okolicy prawego podżebrza, nie promieniujących ku łopatkom i ku krzyżowi. Bóle występują 2—3 razy na miesiąc, trwają 15—20 minut, nie zależą od spożytych pokarmów i ustępują pod wpływem ciepłych okładów, przed tygodniem wystąpiły nagle częste wymioty oraz ból w dołku, promieniujący ku lewemu bokowi. Jednocześnie ciepłota podniosła się do 38,3. Po paru dniach wymioty ustąpiły, pozostały jednak nudności oraz lżejsze lub prawie stałe bóle w dołku. Łaknienia brak. Stolec uporczywie zaparty.

Perjody od 13 r. życia, niebolesne, nieobfite i regularne, występują co 4 tygodnie i trwają 3 dni. Ciaży nie było.

Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny. Budowa prawidłowa, odżywienie średnie. Skóra i widzialne błony śluzowe bladawe. Gruczoły chłonne nie powiększone. Język nieco podsychający obłożony szarym nalotem. Ciepłota ciała 37'2.

Płuca i serce bez widocznych zmian. Tony nieco głuche. Tętno miarowe, średnio wypełnione, około 84 na minutę, ciśnienie krwi normalne.

Brzuch trochę wzdęty przy obmacywaniu nieco bolesny w dołku międzyżebrowym, przyczem chora stwierdza bolesność promieniującą ku prawemu podżebrzu. Oporów w jamie brzusznej nie stwierdza się. Watroba i śledziona niepowiększone. Mocz o odczynie kwaśnym, ciężarze gatunkowym 1017, bez domieszek chorobowych.

Układ nerwowy bez zmian.

14. IX. Chora skarży się na lekkie bóle w dołku, które po ciepłym okładzie ustępują.

15. IX. Badanie treści żołądkowej: Naczczo wydobyto z żołądka kilka centymetrów sześciennych płynu żółtawego zmieszanego ze śluzem, bez resztek pokarmowych, o odczynie obojętnym. Próba piramidonowa na krew — słabo dodatnia.

Po spożyciu próbnego śniadania (szklanki gorzkiej herbaty i białej bułki) przystąpiono do sondowania frakcjonowanego za pomocą sondy dwunastniczej.

	1/2 godz.	1 godz.	1 1/2 godz.	2 godz.	2 1/2 godz.	3 godz.
wolny HCL	10	8	8	8	8	8
ogólna kwasota	20	22	32	46	36	30
Krew	(†)				(†)	

Wynik widoczny jest z powyższej tabelki. Zaznaczyć trzeba, że treść żołądkowa z początku gęsta i mało strawiona, stawała się stopniowo coraz rzadszą i rozdrobnioną. Drobnowidowo w poszczególnych porcjach stwierdzono skrobię, drożdże, pojedyńcze bardzo nieliczne krwinki.

15. IX. po południu. Chora kilka razy wymiotowała treścią płynną, podbarwioną żółcią. Na bóle nie skarży się. Samopoczucie dość dobre.

16. IX. nudności, które kilka razy przeszły w wymioty. Brzuch trochę wzdęty, niebolesny. Stolca nie było. Tętno miarowe średnio wypełnione, 84 na minutę. Stan ogólny i samopoczucie zadawalniające.

17. IX. W nocy chora bezustannie wymiotowała cieczą żółtozieloną bezwonną. Z rana skarży się na osłabienie, silne pragnienie, nudności, wymioty i częste gwałtowne odbijanie, robiące wrażenie męczącej czkawki.

Objektywnie znajduje się twarz bladą z ostro odcinającemi się rysami z głęboko zapadniętemi oczami ,i posiniałemi wargami. Kończyny chłodne. Tętno ledwo wyczuwalne, nitkowate, bardzo przyśpieszone, około 140—150 na min. ciśnienia krwi nie można określić. Język podsychający, temperatura 35.8—36.6.

Brzuch wzdęty, średnio miękki, zupełnie nie bolesny na całej przestrzeni. Wypuk przytłumiony, zwłaszcza na bokach i podbrzuszu z przydźwiękiem bębenkowym w częściach środkowych. Przy zmianie pozycji z jednego na drugi bok wyjaśnia się wyraźnie. Objaw chełbotania w jamie brzusznej dodatni. Przy obmacywaniu i ucisku stwierdza się pluskanie dość rozległe. Stłumienie wątrobowe zachowane w całej pełni.

W ciągu następnej godziny stan ogólny chorej mimo stosowania środków sercowo naczyniowych nie uległ poprawie, wystąpiły natomiast skurcze toniczne w kończynach górnych i dolnych a zwłaszcza palców rąk. Równocześnie objawy pluskania w jamie brzusznej z minuty na minutę i w sposób wprost zastraszający przybierały na wyrazistości i rozmiarach. Wymioty ustały. Wobec tego chorą bez wyraźnego rozpoznania, z podejrzeniami ostrego zapalenia otrzewnej i przedostawania się zawartości z górnych odcinków przewodu pokarmowego do jamy otrzewnej posłano na II Klinikę Chirurgiczną Uniw .Warsz. celem zastosowania próbnego otwarcia jamy brzusznej.

17. IX. po południu. Na klinice Chirurgicznej[1]) po uzyskaniu chwilowej poprawy stanu ogólnego przez wprowadzenie środków nasercowych i roztworu fizjologicznego soli kuchennej przystąpiono w kilka godzin po przywiezieniu chorej do zabiegu operacyjnego. Po otwarciu jamy brzusznej (Dr. J. Kołodziejski) stwierdzono ,że całe wnętrze zajęte jest przez nadmiernie rozszerzony i zupełnie zwiotczały żołądek, zwieszający się ku obu stronom aż do spojenia łonowego, i wypełniony płynem i gazami. Wobec tego założono zgłębnik do przełyku i uciskając zwiotczałe ścianki żołądka po ułożeniu chorej w pozycji Trendelenburga wydobyto około 5—6 litrów płynu o zabarwieniu kawowem. Po opróżnieniu żołądka stwierdzono zrosty w okolicy dwunastnicy i dolnej powierzchni wątroby w krezce poprzecznicy u podstawy przy wiązadle Treitza. W obrębie tych zrostów wyczuwały się nacieczenia. Płynu wolnego w jamie otrzewnej nie znaleziono. Otrzewna trzewiowa i ścienna jest sucha lecz gładka. Sieć bardzo sucha, przylepiona do jelit.

Wobec zrostów w okolicy dwunastnicy oraz wobec rozstrzeni żołądka — założono zespolenie żołądkowo-jelitowe. Po opróżnieniu i masażu ręcznym żołądek już podczas zabiegu wybitnie się zmniejszył, sięgając krzywizną dużą na palec powyżej pępka. Ku końcowi operacji stan chorej tak się pogorszył, że pomimo energicznego zastosowania środków nasercowych a nawet zastrzyknięcia adrenaliny do serca, w kilka minut nastąpiła śmierć.

Skrót protokołu sekcyjnego z zakładu Med. Sądowej Uniw. Warsz. [2]), dokąd zwłoki pomyłkowo, skutkiem pomylenia ze zwłokami samobójczyni, zostały przywiezione, z dnia 21. IX. 1925 przedstawia się jak następuje (Dr. Piotrowski).

Grasica stłuszczona. Płuca i oskrzela bez wyraźnych zmian, opłucna lśniąca przeźroczysta, zrośnięta, tylko w obrębie szczytów, oraz od tyłu i od góry. Gruczoły przyoskrzelowe wielkości ziarenka fasoli, soczyste o barwie ciemnoszarej. Serce i wielkie naczynia nie wykazują nic chorobliwego. Na linji środkowej brzucha znajduje się szew chirurgiczny. Przegroda brzuszna ustawiona obustronnie na czwartem międzyżebrzu.

Jama brzuszna płynu wolnego nie zawiera. Sieć zawiera dużo tłuszczu i leży na jelitach. Otrzewne są gładkie, miejscami lśniące, miejscami matowe, i pokryte delikatnym włóknikiem. Otrzewna ścienna mocno nastrzyknięta w obrębie szwu operacyjnego. Dość znacznie przerośnięta tkanką tłuszczową na dużej przestrzeni. Krezka zgrubiała, jej naczynia mocno nastrzyknięte. Przy usunięciu jelit, trzustki i żołądka stwierdzono na krezce zamiast gruczołów ogniska wypełnione kredowatą masą, częściowo zropiałe. Wogóle krezka wraz ze zmienionemi w powyższy sposób gruczołami przedstawia jedną masę zamkniętą, pomiędzy blaszkami otrzewnemi. Tylna ściana żołądka jest zespolona w pobliżu odźwiernika i krzywizny małej z jelitem cienkiem za pomocą szwu chirurgicznego. Mięśnie lewej połowy przepony zawierają miejscami kredowate masy, wzgl. ropną krwistą ciecz. W żołądku, przyrośniętym w jednem miejscu do wątroby, znaleziono około szklanki mętnej brunatnoszarej treści o odczynie obojętnym. Błona śluzowa gładka, lśniąca, zielonkawo-szara, gęsto nakrapiana na kolor czerwony w obrębie dna i krzywizny dużej. W ścianie żołądka bliżej dna i od przodu widać dwie wybroczyny krwawe, każda wielkości przekroju wiśni. W miejscu zespolenia operacyjnego śluzówka żołądka brudno szara lśniąca. O wielkości żołądka nie spotykamy żadnej wzmianki.

Wątroba bez zmian widocznych. Pęcherzyk żółciowy zawiera mnóstwo miękkich kamieni żółciowych wielkości pieprzu i mniejszych. Przewód żółciowy drożny.

Błona śluzowa jelit cienkich miejscami nakrapiana na kolor różowawo-czerwonawy, na ogół lśniąca, brudno-szara, o fałdach prawidłowych. Wyrostek robaczkowy i jelito grube bez zmian widocznych.

Śledziona, trzustka i nerki nie wykazują żadnych zmian chorobowych. W narządach kobiecych poza pewnym niedorozwojem nic wyraźniejszego nie stwierdzono.

Rozbiór anatomo-patologiczny ujawnił zatem podobny stan zapalny otrzewnej, rozległe zgrubienie ze stwardnieniem i przekrwieniem krezki, jako wyraz przewlekłego jej zapalenia, skredowacenie, miejscami częściowe zropienie gruczołów krezkowych i przywątrobowych, oraz dróg chłonnych w obrębie przepony, zrosty między wątrobą a żołądkiem, zrosty opłucno-płucne w obrębie obu szczytów oraz kamicę żółciową. Cała sprawa robiła makroskopowo wrażenie gruźliczej. Histopatologicznego badania nie wykonano ze względu na charakter sekcji (fałszywie podana, jako sekcja samobójczyni).

Żołądek sam wykazał objawy zajęcia błony śluzowej. Wielkość jego, sądząc z braku danych w tym względzie, musiała być przy rozbiorze zwłok (3 dni po śmierci), mniej więcej prawidłowa. Wobec tego jednak, że ogromną rozstrzeń żołądka stwierdzono podczas operacji, należy przypuścić że żołądek po wypuszczeniu zgłębnikiem zawartości 5—6 litrów, jeszcze za życia znacznie się skurczył, resztę zaś spowodowało może stężenie zwłok po śmierci.

[1]) Panu Dr. Kołodziejskiemu za uprzejme sprawozdanie z przebiegu operacji serdeczną wyrażamy podziękę.

[2]) Panu Prof. Grzywo-Dąbrowskiemu za łaskawie udzielone zezwolenie korzystania z protokołu sekcyjnego jaknajuprzejmiej dziękujemy.

Jeśli teraz zestawimy wyniki badania internistycznego, chirurgicznego i patologiczno-anatomicznego i przy pomocy zebranych tą drogą szczegółów spróbujemy odtworzyć przebieg zachorzenia w naszym przypadku, to dojdziemy do następującego poglądu. Chora tydzień przed przybyciem na nasz oddział i w pierwszym okresie swego pobytu w szpitalu, cierpiała na dolegliwości częściowo związane z przewlekłem gruźliczem zapaleniem otrzewnej, częściowo zaś z kamicą żółciową. Przeważała wszakże, retrospektywnie biorąc sprawa w jamie brzusznej, która powodowała podwyższoną temperaturę, upośledzone łykanie, trwałe pobolewania w dołku, nudności i uporczywe zaparcie stolca. Dopiero w ostatnich 36 godzinach wysunął się nagle z wzrastającem nasileniem zespół objawów, który obecnie ocenić trzeba jako wyraz porażenia ruchomości żołądka. Na zespół ten składały się bardzo silne, i na rozległej przestrzeni, zwłaszcza krótko przed przeniesieniem do Kliniki chirurgicznej, słyszalne pluskanie żołądka, obfite wymioty wodnistą cieczą lekko zażółconą, ogromne pragnienie, silne wysuszenie tkanek i wynikające z tego zaburzenia w krążeniu, jak bardzo przyśpieszone małe i nadzwyczaj słabo napięte tętno, zblednięcie i ostudzenie skóry, mała ilość moczu i t. p. Oznaki te, a zwłaszcza niezwykle rozległe, wzmagające się z godziny na godzinę, pluskanie w jamie brzusznej, pozwalały przypuszczać niezwykłą rozstrzeń żołądka, o czem istotnie przekonało otwarcie jamy brzusznej. Odstąpiliśmy jednakże od tej koncepcji ze względu na poprzedzający stan podgorączkowy, nieustaloną wtedy jeszcze gruźlicę otrzewnej, która zmuszała logicznie do ujęcia nagłego pogorszenia jako ostatecznego przerwania się do otrzewnej zawartości jednego z narządów wewnętrznych wskutek przygotowującej się w nim od dłuższego czasu sprawy zapalnej. Względy, które warunkowały rozpoznanie, odbiły się także na leczeniu, gdyż nagliły do jaknajprędszej interwencji chirurgicznej, zamiast zwykłego leczenia przemywaniem żołądka. Ponieważ zaś tak gruźlica otrzewnej jak i kamica żółciowa nie groziły na razie życiu naszej chorej, więc wyleczenie z ostrej rozstrzeni, dające się w pierwszych okresach jej wystąpienia zwykle łatwo osiągnąć, mogło chorą uratować od fatalnego zejścia. W tym sensie i nasz przypadek jak wiele innych podanych w piśmiennictwie, należy traktować nie jako powikłanie istniejącego już poprzednio i rozstrzygającego dla losów osobnika zachorzenia, lecz jako samoistne i bardzo poważne cierpienie, występujące na tle znanych nam częściowo przyczyn.

Jakie są przyczyny w danym przypadku i jaki ich stosunek do powstawania ostrego porażenia żołądka; innemi słowy, jak przedstawić sobie tutaj należy mechanizm powstawania tego zaburzenia? Do czynników, które tu wchodzić mogą w rachubę, należą, jak już wspominaliśmy na wstępie, błędy dietetyczne, wyniszczające ostre choroby zakaźne, schorzenia rdzenia, urazy psychiczne i mechaniczne, zatrucia weronalem, a zwłaszcza zabiegi operacyjne w jamie brzusznej szczególnie na żołądku, uśpienie chloroformem, i sprawy zapalne otrzewnej. Wśród nich należy u naszej chorej brać pod uwagę właściwie tylko błędy dietetyczne, sprawy zapalne otrzewnej, wreszcie mechaniczne urazy przy ułamkowem sondowaniu żołądka. Błędy dietetyczne nie odgrywały tu, o ile ocenić można, żadnej widocznej roli. Inaczej dwie następne sprawy. Zapalenie otrzewnej wpłynąć mogło na porażenie w sposób dwojaki: naprzód przez toksyczne, względnie odruchowe upośledzenie ruchomości, co specjalnie podnoszą B r a u n i S e i d e l powtóre zaś wskutek wywoływania zmian wtórnych, które utrudniają odpływ treści pokarmowej do dolnych odcinków układu trawiennego. Że takie zmiany w naszym przypadku były w stanie zaważyć, nie ulega wątpliwości, gdyż jak wynika z protokołu sekcyjnego znaleziono dość znaczne zrosty między dolnym odcinkiem żołądka w okolicy odźwiernika a wątrobą. Zrosty te mogły przy przesunięciach żołądka do otaczających narządów pociągać za sobą te same dławiące dla ujścia żołądkowego skutki, jakie dla całego szeregu wypadków przyjmują za R o k i t a n s k y'm, K u n d r a t e m, A l b r e c h t e m, D e l a g é n i e r e'm, H a r t m a n n e m uciśnięcie dwunastnicy przez napięte tętnice krezkowe. Do jakiego stopnia takie zwężenie miało tu miejsce przy takiem lub innem wypełnieniu żołądka, nie możemy powiedzieć, gdyż sprawa ta nie była badana przez sekanta pod kątem widzenia tego zagadnienia. Co się zaś tyczy zagadnienia ułamkowego, sondowanie żołądka, jakie zastosowano u naszej chorej, ze względu na nieustalone zaburzenia w obrębie żołądka ,przy zupełnie dobrem samopoczuciu chorej na 2 dni przed jej śmiercią, to konsekwencją tego zabiegu było dławienie się, łykanie większej ilości śliny (podkreślana przez francuskich autorów pierwotna *sialorrhoea)* mechaniczne podrażnienie żołądka. Wszystkie te szkodliwości jakie inni chorzy znoszą bez ujemnych skutków dla zdrowia, mogły, przy istniejącem w danym przypadku usposobieniu, przyczynić się do obciążenia wzgl. obezwładnienia żołądka i stanowić pierwszy krok do ujawnienia utajonego dotąd cierpienia.

Czy było możliwem w naszem spostrzeżeniu ustalić rozpoznanie przed zabiegiem chirurgicznym? Trudno na to dać odpowiedź wyraźną. W podobnych fazach decyduje tylko osobiste doświadczenie. Kto raz taki przypadek jak nasz, obserwował, tego zespół objawów, mimo mącących powikłań ze strony otrzewnej, możeby naprowadził na właściwą drogę. Zespół ten na podstawie poglądowych prac P. L e N o i r'a i E. A g a s s e-L a f o n t'a, L. K u t t n e r a, oraz polskich przyczynków G r u n d z a c h a, B y s z e w s k i e g o i C z a r n o c k i e g o składa się z następujących oznak: 1) silne wzdęcie okolicy nadpępcza wraz z jednoczesnem zniknięciem stłumienia wątrobowego i śledzionowego; 2) wysokie ustawienie przepony; 3) bolesność nadpępcza; 4) utrudnione oddychanie; 5) przy wstrząsaniu silne pluskanie i uczucie falowania w jamie brzusznej; 6) uczucie rozpierania i gniecenia w dołku; 7) kurczowe bóle w żołądku; 8) częste i uporczywe wymioty; 9) silne pragnienie; 10) zmniejszenie ilości moczu; 11) szybkie i ciężkie pogorszenie stanu ogólnego; 12) postępująca zapaść; 13) prawidłowa wzgl. obniżona ciepłota ciała.

W naszym przypadku stwierdziliśmy: 1) wzdęcie średnie, równomierne przy zachowaniu częściowem stłumienia wątroby i śledziony; 2) ustawienie przepony niezbyt wysokie; 3) falowanie w jamie brzusznej; 4) ciągłe uporczywe wymioty, nudności, czkawkę wzgl. głośne kurczowe odbijanie; 5) męczące pragnienie; 6) suchość języka i błon śluzowych; 7) gwałtownie posuwające się ogólne obezwładnienie; 8) zapaść; 9) lekką hipotermję; 10) drgawki toniczne. Ostatni ten objaw, nieopisywany przez powyżej wymienionych autorów, zależał częściowo od dużej utraty wody wskutek ciągłych wymiotów oraz od nadmiernego wydzielania kwasu solnego do żołądka (K u t t n e r) i przesunięcia się równowagi kwasowo-zasadowej w kierunku zalkalizowania ustroju przez utratę jonów OH. Jak więc z tego widać kliniczny obraz w naszym przypadku odpowiada w ogólnych zarysach dość dokładnie spostrzeżeniom innych badaczy.

Różniczkowo należy zawsze brać pod uwagę przedewszystkiem niedrożność dwunastnicy, zapalenie otrzewnej ostre pierwotne lub z przedziurawienia, pozatem także ostrą niedrożność jelit i martwicę trzustki. W razie niedrożności dwunastnicy objawy są podobne, jednak przebieg jest odmienny, a mianowicie sprawa rozpoczyna się zapaścią, wzmożoną perystaltyką i antyperystaltyką żołądka i bólami kurczowemi, rozstrzeń zaś żołądka występuje później, jako zjawisko wtórne. Zapalenie otrzewnej zakaźne różni się zazwyczaj wyższą ciepłotą, rozlaną bolesnością brzucha, zbieraniem się wysięku oraz, podług francuskich autorów, bezskutecznością zgłębnikowania żołądkowego i przemywania jelita grubego. W zapaleniu otrzewnej i przedziurawieniu, rzuca się w oczy nagły początek, silne bóle brzuszne i nieprawidłowa ciepłota, nic zatem dziwnego, że w naszym przypadku przypuszczenie takie nasuwało się natarczywie i jedynie brak bólów sprzeciwiał się temu rozpoznaniu. Co się tyczy ostrej niedrożności jelit w górnych odcinkach to wywołuje ona wymioty kałowe i wzmożony ruch robaczkowy, zaś martwica trzustki znaczną obolałość w okolicy pępka, objawy zapaści oraz wystąpienie cukromoczu i wzmożonej ilości diastazy we krwi i w moczu. Otrzymanie za pomocą zgłębnika żołądkowego obfitych ilości płynu mimo trwających ciężkich wymiotów, świadczy o ostrem porażeniu i rozstrzeni żołądka.

Jeszcze parę słów o rokowaniu i leczeniu. Rokowanie w omawianej sprawie chorobowej zależy przedewszystkiem od szybkości i trafności rozpoznania. Śmiertelność według N e c k a wynosi 73,43%, według H e l l e n d a l l a 64,83%, według P a y e r a 40,79%. Wogóle w miarę ściślejszego określenia zespołu objawów i baczniejszej nań uwagi liczba wyleczonych przypadków w ostatnich latach bardzo się wzmogła. Leczenie ma głównie charakter zachowawczy: Przepłukanie żołądka, ułożenie w pozycji T r e n d e l e n b u r g a na brzuchu z uniesioną miednicą (S c h n i t z l e r) lub kolanowo-łokciowe; wprowadzenia przy dużej utracie wody płynu Ringera lub roztworu fizjologicznego soli kuchennej dożylnie, podskórnie lub do kiszki prostej; wreszcie podawanie środków nasercowych. Zabiegów chirurgicznych, jak zespolenie żołądkowo-jelitowe lepiej unikać ze względu na ciężki stan chorych i wątpliwe wyniki, chyba, że są przeszkody mechaniczne (zrosty) zwłaszcza w razie niedrożności dwunastnicy.

Piśmiennictwo.

1) A l b r e c h t: P. A. Virchovs Arch. Tom 156, str. 265—328, 1899. — 2) B o r y s o w i c z: cyt. Według Grundzacha. — 3) B r a u n W. i S e i d e l H.: Mitt. a. d. Grenzgeb. str. 533—578, 1907. — 4) B r i n t o n W.: Krankheiten des Magens. Würzburg 1865 (tłum. z ang.). — 5) B y s z e w s k i, C z a r n o c k i, Polska Gazeta Lek., Nr. 46, 1922. — 6) G r u n d z a c h J.: Medycyna, Nr. 9, 1895; 5. III. 1898; Wr. med. Presse Nr. 43—44, 1897; Hildebrandts Jahrbücher, str. 728, 1896. — 7) H a r t m a n n: Presse Med., 9. IX. 1920. — 8) H e l l e n d a l H.: Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 1910; Berliner Klin. Wochenschr. Nr.

45, 1913. — 9) Kuttner: Störungen der Motilität, Kraus u. Brugsch, Spec. Path. u. Ther. d. inn. Krankheiten, Tom V. 1921. — 10) Lardenois: cyt. według Le Noir i Agasse-Lafont. — 11) Leccne: cyt. według Le Noir i Agasse-Lafont. — 12) Le Noir i Agasse-Lafont: Nouveau traité de méd. Tom XIII, 1925. — 13) Neck K.: Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32, 1906. — 14) Schnitzler J.: Wiener Kl. Rundschau Nr. 37 i 38, 1895. Wiener med. Woch. Nr. 15, 1898. — 15) Zaorski J.: Wrzód okrągły żołądka i jego leczenie. Wykłady lekarskie. Z. 3 i 4, Warszawa-Lwów, 1926.

St. Sekundarjusz: Dr. Zdzisław MAURER. Rzeszów.

Bardzo rzadki przypadek wrodzonego braku wyrostka robaczkowego.

Zbiór klinicznych objawów ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego przy jego wrodzonym braku.

Ze szpitala powszechnego w Rzeszowie.

Wrodzony brak wyrostka robaczkowego jest zjawiskiem wyjątkowo rzadkiem. Podnosi to Karewski w swej pięknej pracy: „Appendicitis vom Standpunkt der Chirurgie" — Spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten Kraus-Brugsch Bd. VI./II. nadmieniając przytem, że nie wszystkie przypadki z ogłoszonych są w tym kierunku pewnemi.

Tem więc chętniej ogłaszam obserwowany przezemnie na stole chirurgicznym przypadek wrodzonego braku wyrostka robaczkowego, by dodać do niewielkiego zbioru podobnych przypadków mój nowy.

Dnia 5 lipca 1926 r. zgłosił się do szpitala powszechnego w Rzeszowie M. K., liczący lat 22, nauczyciel z Przeworska L. pr.: 1325. Według wywiadów choroba rozpoczęła się u niego nagle przed 12 godzinami wśród najlepszego zdrowia wymiotami, rozlanym bolem dołem brzucha, dreszczami i uczuciem ciężkiego schorzenia od pierwszej chwili. Zwymiotował cztery razy. Skłonność do wymiotów i pieczenie w żołądku utrzymywały się do chwili przyjęcia go do szpitala. Zawsze poprzednio był zdrowym. Nie pamięta jakichkolwiek zaburzeń żołądkowo-jelitowych u siebie. Tuż przed rozchorowaniem się oddał stolec jak zawsze normalny.

W chwili przyjęcia stan jego przedstawiał się, jak następuje: odżywienie dobre, płuca, serce bez zmian. Tętno 112 uderzeń na minutę, miarowe, prawidłowo napięte. Ciepłota ciała 38.2° C. Język obłożony, suchy. Wargi spieczone, miejscami popękane. Brzuch miernie wzdęty, najwięcej w okolicy prawego podbrzusza. Powłoki brzuszne napięte, szczególnie nad prawym talerzem biodrowym. Punkta Mc. Burneya i Lanza bardzo bolesne już przy powierzchownem badaniu z bardzo silnym odruchowym odporem powłok (mięśni) w okolicy *ileo-esecalnej (défense musculaire)*. Leukocytosa dochodząca do 12.000.

Mocz bez białka i cukru zawierał zwiększone ilości indykanu i ślady acetonu.

Z rozpoznaniem szpitalnem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego przystąpiłem do natychmiastowej operacji wobec ciężkiego stanu chorego, nie dającego wiele nadziei na pomyślne jego zejście przy wyczekującem postępowaniu.

Otworzyłem jamę brzuszną cięciem pararektalnem Lenaudera. Wydobycie *coecum* było łatwe. znalazłem rozdęte jelito ślepe *(ptosis coeci)* wypełnione papkowatym kałem, i bardzo ruchome *(coecum mobile)*, o ścianach zgrubiałych, nacieczonych, silnie zaróżowionych, pokrytych miejscami świeżą wypociną włóknikową. Z jamy brzusznej wylała się niewielka ilość płynu jasnego, lekko mętnego.

Wyrostka robaczkowego nie miałem jednak nigdzie, bo spotkałem się w danym przypadku z wrodzonym jego brakiem.

Szukanie wyrostka nie nastręczało żadnych trudności, bo jelito ślepe było dostępne ze wszystkich stron dla badania.

Operacja zmieniła rozpoznanie szpitalne: z *appendicitis* na *typhlitis (enterokolitis) acuta*, cierpienie nie odbiegające zresztą daleko od *appendicitis*.

Szukając wyrostka robaczkowego liczyłem się z możliwością wrodzonej anomalji jego położenia i stosunku do sąsiednich narządów, z możliwością niespodzianki co do jego grubości i długości i tego różnorodnego obrazu, jaki może dawać wrodzone pokrycie otrzewnowe jelita ślepego czy wyrostka.

Miałem przed oczyma jego *positio pelvina, ileo-coecalis, latero-coecalis, retro-* lub *subcsecalis*, — najrozmaitsze otrzewnowe fałdy biegnące nieraz od *coecum* do *ileum* i kitujące *coecum* z *appendix*, lub otrzewną ścienną, w których mógłby się kryć niewidocznie wyrostek.

Widziałem nieraz wyrostki krótkie, cienkie; w jednym wypadku markujący się na dolnej ścianie *coecum*, jako małe wypuklenie wielkości ziarna grochu tak, że mogły z łatwością ujść uwagi operującego.

Zachowanie się kreski wyrostka nie jest obojętnem również dla jego kształtu i położenia. I na to zwróciłem uwagę podczas operacji.

Normalnie przedstawia się *mesenteriolum* jako trójkątne zdwojenie blaszki otrzewnowej, idące szeroką podstawą od dolnej blaszki kreski *ileum* ku podłużnej ścianie wyrostka. To są rzeczy znane.

Z powodu wrodzonego lub nabytego w życiu pozapłodowem skrócenia *mesenteriolum* — zmienia się kształt i umiejscowienie wyrostka, tak że *appendix* może być nawet jakby wmurowany głęboko w ścianę *coecum*, w której leży nieruchomo, otulony całkiem ścianą jelita ślepego. A ponieważ otrzewna kryje w tem miejscu jelito ślepe gładszą powierzchnią, można mieć wrażenie, jakby wyrostka nie było wcale. Przy uważnem jednak badaniu udaje się zawsze odkryć jego koniec albo jego punkt odejścia, względnie wynaleźć w ścianie *coecum* mniej lub więcej gruby postronek, który jest wyrostkiem i uniknąć w ten sposób omyłki.

Coś podobnego stwierdzamy dosyć często przy retroesecalnem położeniu wyrostka i równoczesnem przyrośnięciu się pozapalnem *coecum* szeroką podstawą do otrzewnej ściennej, pokrywającej miednicę. Otrzewna pokrywa go wtedy zupełnie, a o istnieniu jego mówi jedynie walcowate zgrubienie, które wyczuwamy przez otrzewną ścienną.

Jeżeli uwzględnimy i to jeszcze, że wskutek przewlekłych procesów zapalnych w samym wyrostku, uchodzących nieraz uwagi chorego, wyrostek ulega często częściowej, a rzadko zupełnej obliteracji, zarośnięciu, poprostu zwyrodnieniu łącznotkankowemu, pojmiemy, że ten fakt może dać również powód przy pobieżnem szukaniu do przyjęcia wrodzonego braku wyrostka robaczkowego.

Kombinacja niektórych lub nawet wszystkich powyżej opisanych zboczeń z sobą może tem więcej uniemożliwić odszukanie istniejącego wyrostka lub przy istnieniu rozległych, pozapalnych zrostów w okolicy *coecum* dokopanie się do niego dla jego usunięcia.

W przypadku, który opisuję, były anatomiczne stosunki prostemi. Ściany jelita ślepego nie przedstawiały żadnych zmian prócz zapalnego rozlanego zgrubienia. Nie było również otrzewnowych zrostów i badanie nie natrafiało z tego powodu na najmniejsze trudności.

W takich warunkach stał się przypadek jasnym, nie budząc żadnych wątpliwości, że spotkałem się z bardzo rzadkim wrodzonym brakiem wyrostka robaczkowego.

Na pomyłce diagnostycznej przed operacją nie ucierpiał chory wcale. Ranę wysączkowałem w jej dolnym kącie szyjąc resztę na głucho. Gojenie się było prawidłowe i nie różniło się niczem od normalnego gojenia się pooperacyjnego przy *appendicitis acuta*. Chory opuścił szpital 29 lipca 1926 zdrowy. Dieta i spokój wyleczyły w międzyczasie ostre zapalenie jelita ślepego rozpoznane w czasie zabiegu operacyjnego.

Uniknięcie takiej zresztą małej pomyłki diagnostycznej było w danym przypadku niemożliwe.

Przyznaję się, że nie myślałem nawet przez chwilę o innem schorzeniu.

Stan chorego był za ciężki, by czekać. Zespół kardynalnych objawów dla *appendicitis* wykluczał wahanie się, bo ryzyko było za wielkie.

Pierwszy dzień trwania choroby zapowiadał najlepsze szanse dla wyniku operacyjnego.

Przystąpiłem do operacji i tego nie żałuję raz: że spotkałem się z tem, z czem wielu chirurgów nie spotka się przez całe życie, powtóre, że stwierdzona przezemnie *typhlitis acuta* z zajęciem otrzewnej, a więc właściwie *perityphlitis* mogła stać się punktem dla powstania abscesu peratyphlitycznego, czemu przeszkodził dokonany przezemnie zabieg operacyjny.

A jedynie leczenie wyczekujące mogło rozjaśnić sprawę w ciągu następnych dni.

Tem mniejszą wydaje mi się moja omyłka rozpoznawcza jeszcze wobec tego, że w każdym przypadku ostrej *appendicitis* stwierdzamy równocześnie zajęcie *coecum*.

Obecność w moczu zwiększonej ilości indykanu i śladów acetonu nie dawała żadnego drogowskazu do należytego rozpoznania. Spotykamy jeden i drugi przy zaburzeniach czynności kiszkowych na najrozmaitszem tle bez względu na ich umiejscowienie się.

Podawanej przez niektórych autorów przy *enterokolitis acuta (typhlitis primaria)* bębnicy w formie walcowatego wzniesienia posuwającego się wzdłuż *colon ascendens* ku górze popod wątrobę, nie było w danym przypadku ani śladu. I to usprawiedliwiało moje przedoperacyjne rozpoznanie.

Dr. R. SOKOŁOWSKI. Zawiercie.

Kilka słów do artykułu „Kiła oka a salwarsan" p. Dra J. Abramowicza — patrz: P. Gazeta Lekarska Nr. 48. z dn. 28 listopada 1926.

Na początku str. 904 powiedziano: „w leczeniu miąższowego zapalenia rogówki na tle kiły wrodzonej salwarsan naogół zawodzi w sensie bezpośredniego wpływu na sam proces chorobowy". Czuję się zmuszonym zakwestjonować taką pozycję P. Dra Abramowicza. Od wielu lat, bo od chwili, jak salwarsan wszedł do apteki, stosuję go przy miąższowem zapaleniu rogówki i nigdy zawodu nie doznałem. — Prawda, miąższowe zapalenie rogówki, jako wykwit choroby w organie o specjalnym charakterze anatomicznym, z powodu tych cech anatomicznych nie tak łatwo poddaje się wpływowi leku, jak inne wykwity, jednakże, jeśli porównam czas trwania leczenia oraz wynik leczenia bez salwarsanu i z nim, różnica tak znaczna, że bezwzględnie uważam za konieczne stosowanie salwarsanu tylko możliwie wcześnie i możliwie wysokie dawki. — Zmętnień starych, rozumi się, i salwarsan nie usunie.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ankieta o szczepieniach przeciwpłoniczych.

Dzięki szeregowi autorów polskich przedstawiono w roczniku ubiegłym „P. G. L." zajmującą dzisiaj wszystkich sprawę szczepień ochronnych przeciw płonicy. Omówiono więc etjologję, epidemjologję i patogenezę płonicy, wyniki badań, które doprowadziły do szczepień ochronnych i pomysły udoskonalenia szczepień rozmaitego rodzaju. Zaś w numerze 52 „P. G. L." z ub. roku wyszło sprawozdanie, przedstawiające na jak wielką skalę zorganizowano szczepienia dzieci w szkołach stolicy. Mija kilka miesięcy odkąd masowe szczepienia ukończono, należy wobec tego spodziewać się, że obecnie będzie można wyrobić sobie zdanie o wynikach przedsięwziętych szczepień.

Redakcja „P. G. L." zdając sobie sprawę z ważności przedmiotu, zwraca się z prośbą zarówno do wszystkich instytucyj publicznych lekarskich (Zakłady naukowe, Szpitale, Urzędy Zdrowia publ. i t. p.), jakoteż do wszystkich Kolegów, którzy wykonywali szczepienia ochronne przeciwko płonicy o łaskawe jak najrychlejsze nadesłanie swych statystyk i spostrzeżeń do „P. G. L.".

Z pewnością także nie jeden z Kolegów w swojej prywatnej praktyce będzie mieć spostrzeżenia, które jako nieobjęte statystykami szpitali i zakładów naukowych wzgl. instytucyj Zdrowia publicznego mogłyby zaginąć. Licząc się z tym faktem redakcja „P. G. L." uprasza więc wszystkich Kolegów, mających choćby najskromniejsze spostrzeżenia, o przysłanie ich celem zużytkowania w niniejszej ankiecie, ewentualnie ogłoszenia w „P. G. L.".

Dla ułatwienia „P. G. L." podaje schemat następujący:

Imię i nazwisko (przynajmniej litery początkowe) . . . . . .
Wiek . . . . Ile razy szczepiony? . . . . i jaką szczepionką? . . . . Zdrów . . . . Chory . : :
w ile miesięcy po szczepieniu?
W razie zachorowania, jaki przebieg i jakie zejście choroby?
Podpis lekarza i miejsce pobytu.

Redakcja „P. G. L." zwraca się do wszystkich instytucyj i Kolegów z niniejszą odezwą w przekonaniu, że zebrany w Polsce w ten sposób obfity materjał będzie poważnym przyczynkiem do rozwiązania zagadnienia, zajmującego obecnie cały świat lekarski.

Uprasza się odpowiedzi kierować pod adresem:
Redakcja „P. G. L.", Kraków, ul. Kopernika 17, która się podjęła opracowania nadesłanych dat statystycznych.

OCENY.

Dr. med. R. Markuszewicz: *Psychoanaliza i jej znaczenie lecznicze.* Warszawa. 1926. Nakładem Warszawskiego Kalendarza Lekarskiego.

Zadanie nowoczesnego lekarza, który pragnie być rzeczywistym lekarzem i stać na wyżynie współczesnej wiedzy lekarskiej, jest bardzo trudne i odpowiedzialne. Albowiem materjalna, że się tak wyrażę, wiedza, którą wynosi ze studjów uniwersyteckich, choćby skwapliwie uzupełniana przez skrzętne śledzenie za najnowszemi postępami medycyny, nie wystarcza do osiągnięcia powyżej wspomnianego ideału. Leczenie indywidualizujące chorego wyjątkowo tylko może się ograniczyć do czysto materjalnych metod i środków pomocniczych, podobnie jak pedagogja nie może się ograniczyć wyłącznie tylko do dostarczenia wychowankowi pewnego realnego zasobu wiedzy. Tam, gdzie lekarz nie rozumie swego zadania psychoterapeutycznego, tam kończy się jego wpływ leczniczy, a rozpoczyna się wędrówka chorego do szarlatanów i cudotwórców, którzy skrzętnie wyzyskują nieumiejętność lekarza w docieraniu do dna duszy chorego. Stąd konieczność poznawania i opanowania metod psychoterapeutycznych w praktyce lekarskiej.

Praca omawiana, przeznaczona dla lekarza niespecjalisty, przedstawia w zarysie teorję psychonalityczną Freuda, specjalnie z punktu widzenia jej leczniczego znaczenia i zwraca baczną uwagę na podstawy psychoanalizy i zagadnienia, które posiadają znaczenie psychoterapeutyczne. Dotychczas bowiem liczne przejawy i cierpienia nerwowe pochodzenia psychicznego nie były dostatecznie zroumiane lub były całkiem zapoznawane dzięki temu, że metody psychoterapeutyczne nie uwzględniały stanów nieświadomych względnie podświadomych, które są zazwyczaj miarodajnym i istotnym czynnikiem w powstawaniu objawów chorobowych. Praca Markuszewicza wypełnia w tym kierunku pewną lukę w literaturze lekarskiej polskiej, podczas gdy w literaturze zachodnio-europejskiej, a zwłaszcza we Francji i w Anglji oraz w Ameryce obecnie teorja Freuda, po oczyszczeniu jej z naleciałości, jako wiedza empiryczna, zaczerpnięta z bezpośredniej obserwacji życia człowieka, jest dokładnie omawiana przez najpoważniejszych przedstawicieli nauki. Autor bardzo jasno udowadnia niesłuszność zarzutu jednostronności Freudowskiej analizy, wskazując na to, że ta stosunkowo młoda nauka, sięgając badaniami swemi do głębi psychiki ludzkiej, musiała w pierwszym rzędzie natknąć się na popędy seksualne, jako najgłębiej ukrywane przed świadomością. Wszelako psychoanaliza nie ograniczyła się tylko do nowego ujęcia instynktu seksualnego, lecz kroczy dalej zmierzając do badań osobowości i ideału jaźni.

Sposób przedstawienia umiejętny, poważny, rzeczowy, przystępny i nader zajmujący z zupełnem opanowaniem przedmiotu, a cały zakres psychoanalizy ujęty, acz w krótkim zarysie, jasno i zrozumiale, z przytoczeniem własnych doświadczeń, przykładów i krytycznych poglądów. Czytelnik dochodzi do przekonania o pożyteczności psychoanalizy, która pod względem technicznym może być wprawdzie przyrównana do innych trudnych technicznie badań specjalistycznych, jak np. do elektrokardjografji lub badań opsoninowych, ale która całkiem gruntownie rozszerzyła i pogłębiła wiedzę lekarską i zakres badań psychologiczno-lekarskich. Jednem słowem autorowi udało się znakomicie wskazać na doniosłość i treść tego nowego kierunku psychoterapji.

Dr. M. Blassberg (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Pedjatrja Polska, Tom VI, zeszyt 7. (dodatkowy) 1926: Michałowicz: Exo i endogenetyczne poglądy na epidemjologję choroby płoniczej. — Erlichówna: Anatomja i klinika przedniego ciemiączka. — Bogdanowicz: Przypadek encephalitis postvaccinalis. — Bussel: Erythrodermia desquamativa Leiner'a i Monssous (Streszczenie zbiorowe).

Polski Przegląd radjologiczny, Tom I, zeszyt 4 z r. 1926: Wspomnienia pośmiertne (Bruner, Judt, Skabowski, Putjanowski). — Z. Grudziński: Stosunek roentgenologa do klinicysty. — A. Elektorowicz: Uchyłkowatość esicy. — T. Alkiewicz: Leczenie gruźlicy chirurgicznej promieniami X. — B. Sabat: Promienie stosowane w lecznictwie i ich miejsce w skali fal elektromagnetycznych. — A. Grosglik: Przypadek nawrotu choroby Werlhofa po splenektomji, leczonego promieniami Roentgena. — S. Rubinrot: Przyczynek do leczenia promienicy. — S. Meisels: Miednica spondylolistetyczna (kręgozmykowa) u mężczyzny.

Lekarz Kasy chorych, Rok III, Nr. 15 za grudzień 1926 i styczeń 1927: Lekarze a Kasy chorych. — Ambulatorja a wolny wybór lekarza w kas. chor. — Wyjaśnienie ustawy. — Z kasy chorych m. Warszawy. — Korespondencje.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 4, z 23 stycznia 1927: Aspiryna i kwas acetylosalicylowy. — Inż. Tad. Ingwer: Syntezy preparatów farmaceutycznych. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe. — Sprawy podatkowe i opłaty.

Nowiny lekarskie, Rocznik XXXIX, zeszyt 2 z 15 stycznia 1927: Prof. K. Opoczyński: O wpływie późnej kastracji na

morfologię gruczołów dokrewnych u kobiet. — St. Meysner: O leczeniu płuc sanochryzyną. — A. Wirszubski: Opieka rodzinna nad umysłowo chorymi w Wileńszczyźnie. — J. Stasiński: Uwagi do referatów kol. Alkiewicza i Węckowskiego w sprawie radoterapji ocznej.

Orędownik zdrowia, Rocznik II. Nr. 1. za styczeń 1927. R. Wierzbicki: Kasa chorych, a higjena publiczna. — Prof. Gantkowski: O wpływie słońca. — Klacek: Praca a zdrowie. — Jak Belgja walczy z chorobami zakaźnemi. — Poznaj siebie samego. — Budowa skóry. — Dlaczego matka powinna karmić swe dziecko. — W sprawie zwalczania gruźlicy na terenie Woj. Poznańskiego. — Ministerstwo Spraw wewnętrz. w sprawie przychodni przeciwgruźliczych. — Małżeństwo, a dziedziczność. — Partactwo lecznicze w Polsce.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

Annales de médécine légale.

Nr. 9. 1926.

Dervieux i Belot: *Zapalenia stawów po urazach.* Autorowie akcentują ważność wczesnego dokładnego badania zwłaszcza promieniami Roentgena zapaleń stawów po urazach, gdyż w późniejszych stadjach często zmiany są tak analogiczne do zapaleń stawów na innem tle, że pochodzenia ich urazowego nie można wykazać.

Belot, Piédelièvre, Robin: *Złamanie wyniosłości miedzykłykciowej kości piszczelowej.* Złamanie to jest obserwowane rzadko, zwłaszcza dlatego, że łatwo je można nie rozpoznać, gdyż zdjęcia Roentgena muszą być bardzo dokładne. Autorowie podają przypadek złamania tego rodzaju w następstwie potrącenia przez samochód, które dopiero późno zostało rozpoznane.

Mauclaire: *Obrażenia dokoła stawów, które podtrzymują urazowe zapalenie stawów.* Zarówno obrażenia dokoła jak i wśródstawowe powodują, iż zmiany urazowe w stawach przewlekają się przez czas dłuższy. Najczęstsze są: pęknięcia powierzchni stawowych bez lub z odłamkami, wyrwania złamania i inne obrażenia menisków stawowych, zapalenia nerwów dokołastawowych, uszkodzenia torebki i późniejsze jej skostnienia, osteoporozy, zaniki kości, i rozluźnienia więzadeł. Masaż intenzywny i brutalny stosowany w celach leczniczych często podtrzymuje zapalenie stawów. Przeważna część tych zmian da się wykazać przez dokładne zdjęcia promieniami Roentgena.

E. Sorel i R. Sorel: *Kiłowe zapalenie stawów a uraz.* Na podstawie licznych obserwacyj przypisują autorowie urazom przy kile jużto rolę ujawniającą zapalenie stawów, jużto rolę czynnika lokalizacyjnego, wreszcie czynnika powodującego pogorszenie choroby.

Piquet i Müller: *Dwa przypadki mięsaków po urazach.* Na materjale kliniki dziecięcej Saint Sauver obejmującym 30 przypadków mięsaków, znaleźli autorowie dwa przypadki, gdzie na wystąpienie mięsaków mógł wpłynąć uraz; a mianowicie u dziewczynki 13-letniej, w miesiąc po urazie wystąpił guz, który się okazał mięsakiem, u chłopca zaś 11-letniego po wypaleniu *naevus pigmentosus* na policzku rozwinął się w tem miejscu *melanosarcoma.* Wogóle jednak ilość mięsaków powstających po urazie jest wcale mała w stosunku do raków, rozwijających się z tego powodu.

Adam: *Odbywanie rozpraw przy zamkniętych drzwiach.* Autor w interesie porządku publicznego i dobrych obyczajów żąda, by rozprawy, gdzie chodzi o perwersje płciowe nie były publiczne lub przynajmniej wstęp osób na nie był znacznie ograniczony.

Talwik: *Kara śmierci w projekcie estońskiego kodeksu karnego.* W projekcie estońskiego kodeksu karnego, który jest oparty na kodeksie rosyjskim z r. 1903, ustanowiona jest kara śmierci tylko za zbrodnie przeciw bezpieczeństwu państwa, jego całości i t. d. Co do rodzaju śmierci to w porozumieniu z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu w Rewalu wybrano karę śmierci przez powieszenie, ze względu na szybką śmierć w następstwie utraty przytomności, brak bólu oraz wylania krwi; także nie potrzeba wyszkolonego personalu. Autor radzi też, by w celu oszczędzania skazanemu czekania na egzekucję i w celu oszczędzenia personalu podawano skazanemu przed egzekucją truciznę np. alkoholowy roztwór cjanku potasu, któryby skazany mógł wypić.

Dr. Szulisławska.

Piśmiennictwo angielskie.

Lancet.

Nr. 5350. 13 marca. 1926. (ważniejsze rozprawy).

Prof. W. W. C. Topley: *O epidemjologji doświadczalnej.*

Prof. Blair, Bell, Wolfenden, Williams, Cunnigham, Herd i Adami: *Rozprawa o leczeniu złośliwych nowotworów ołowiem.*

Prof. J. Barcroft: *Czynności śledziony.*

Prof. Khalil: *Własności trujące czterochlorku węgla (Carbon Tetrachloride) w leczeniu Ankylostomiasis.*

Artur Edmunds: *Operacyjne leczenie Karbunkulu.*

Król. Stow. lekarskie: *Połączone sekcje chirurgji, medycyny, elektroterapji i terapeutyki:* Leczenie wóla z wytrzeszczem (Ch. Basedowa) — Leczenie jodem.

Blair, Bell, Wolfenden, Williams, Cunnigham, Herd, Adami: *Leczenie złośliwych nowotworów ołowiem.*

W b. obszernej pracy przedkładają autorowie wyniki swych mozolnych, a sumiennych badań na 200 przypadkach — przeważnie beznadziejnych co do rokowania. Zastrzegają się, że wogóle nie mówią o uleczalności raka, lecz przedkładają jedynie fakty. Rozpoczęli próby w r. 1920 u chorej z rakiem sutka stosując dożylnie ołów — był to „opatrznościowy" przypadek zachęcający do dalszych prób. Nie ukrywają niebezpieczeństwa metody tej, ostrzegają autorowie, że sprawa jeszcze wymaga dalszych badań, i że postać koloidowa ołowiu do zastrzyków dożylnych uledz może modyfikacjom lub, że nawet znajdzie się może przetwór inny, działający w tym samym kierunku co ołów na złośliwe nowotwory mniej trujący na resztę tkanin ustroju.

Przedstawiwszy organizację współpracy omawiają autorowie wskazania i przeciwwskazania — zwłaszcza, że posyłano im chorych „w złudnej nadziei, że czasy cudów jeszcze nie minęły".

Po różnych laboratoryjnych próbach związków ołowiu, Prof. W. C. Mcd. Lewis, Corran i Jowett uznali, że elektryczna („20 amp. pod. 70 volt".) zawiesina metalicznego ołowiu w wodzie z żelatyną (0'4%) i chlorku wapniu *(Calcium chloride)* 0'027% podług metody (iskrowej) Bredig'a, końcowy produkt po odwirowaniu, daje cząstki wielkości około 0,2 μ do których celem uzyskania przetworu hipertonicznego dodaje się 2% chlorku sodu, chlorku potasu 0'05% i chlorku wapniu 0'027%. Wyjaławianie odbywa się przez gotowanie.

Szczegóły metody ogłosili autorowie jeszcze przed 2 latami. Powyższy preparat nosi nazwę S_7. Chorzy z wielkiemi nowotworami — *coeteris paribus* — są mniej narażeni na szkodliwe działanie ołowiu niż chorzy z nowotworami małemi w stosunku do wagi ciała. — Badane guzy chorych u których stosowano większe dawki — zawierały ołów. 0'27 gr. ołowiu wprowadzonych w ciągu 18. miesięcy wytwarzały objawy toksyczne kumulatywne. Stosując „masywne" dawki — można wprowadzić około 0'6 ołowiu (podzielonych na 6—7 dawek) w ciągu 4 miesięcy bez wywołania groźnych następstw. Zasadniczo stosują obecnie autorowie z reguły około cztery zastrzyki po 10—20 ccm S_7 w odstępach około 6 tygodniowych — dawki zależą od miejscowych i ogólnych objawów. Przy zastrzykach używają szklanej wkładki („interceptor") pomiędzy igłą a wypustką strzykawki — dla stwierdzenia obecności krwi. Przedstawiwszy przypadki, podług wieku, płci, usadowienia się nowotworów podają również zestawienie co do wyników względnie dalszych losów chorych leczonych. Na 227 chorych mają 10 przypadków w których schorzenie zostało „całkowicie wstrzymane", a 31 których uważają za wyleczonych i u których zaprzestano leczenia. Co do grupy pierwszej podają autorowie, że ogólny stan, wzrost ciężaru ciała, brak dolegliwości i stanowczy brak dalszego wzrostu nowotworów — dawał się stwierdzić. Co do grupy drugiej przyznają autorowie, że trudno zdefiniować „wyleczenie raka" jeżeli się wie, że — przerzuty zdarzają sie i po latach; okres pięcioletni „zdrowia" nie jest wystarczający. Szczegółowe historje chorób istotnie korzystny dają obraz.

Dr. Adami jako członek wykonawczego liwerpulskiego komitetu badania raka z r. 1920. wypowiada na podstawie dokładnego badania 30 chorych leczonych ołowiem — swoje poglądy w następujących uwagach:

1. Stwierdził wygląd zdrowy, prawie kwitnący u większości leczonych; brak wszelkiej chéry, brak objawów niedokrewności ołowiowej.

2. Brak jakichkolwiek objawów otrucia ołowiem; jeden chory uskarżał się na „zaciemnienie" wzroku.

3. Wzrost wagi u większości, powrót do zwykłych zajęć i widoczną poprawa ogólnego stanu.

4. Brak nawrotów — autor spodziewał się nawet potem leczeniu, tak jak przy stosowaniu roentgena i radu — znacznego odsetku nawrotów w ciągu roku — ani śladu tego! Zasadnicze pytanie opiewa: jaka dawka niszczy na pewno komórki rakowe — nie uszkadzając innych tkanek.

Adami wątpli czy któryś z lekarzy widział kiedyś w 3 dniach 30 przypadków złośliwych nowotworów (nawrotów lub nie nadających się do operacji) którzyby tak doskonale wyglądali — a przypadki te miały 60'70% śmiertelności.

Wnioski autorów opiewają:

1. Wyniki potwierdzają dawniej ogłoszone poglądy autorów co do przyrody nowotworów złośliwych.

2. Należy szukać za innym, równie skutecznym, lecz mniej toksycznym przetworem ołowiu.

3. Prawdopodobnie wszystkie typy nowotworów są dostępne skutecznemu działaniu ołowiu — pod warunkiem, że metal dosięgnie komórki nowotworowe w dostatecznej ilości.

4. Pomocnicze zabiegi chirurgiczne i radjologiczne mogą być czasem korzystne. Po usunięciu nowotworu częściowo lub w całości należy stosować jeżeli tylko możliwe, zastrzyki dożylne ołowiu.

5. Metoda jest trudną — i w pewnym zakresie niebezpieczną i może być zastosowaną tylko od doświadczonych lekarzy, którzy mają odpowiednie laboratorja.

Pisek (Lwów).

The Journal of Nervous and Mental Disease.

T. 64, Nr. 4. r. 1926.

Meyers: *Zaburzenia pęcherzowe w chorobach układu nerwowego (Bladder disturbances in lesions of the nervous system).* W schorzeniach układu nerwowego występują zasadniczo dwa typy zaburzeń czynności pęcherza: zatrzymanie lub nietrzymanie moczu. Patogeneza tych zaburzeń nie jest wyjaśniona ostatecznie, nie wiadomo bowiem, jaką rolę w nich odgrywa porażenie, względnie podrażnienie mięśnia opróżniającego pęcherz i zwieracza pęcherza, nie wiemy również czy w tych zaburzeniach odgrywają rolę zmiany czuciowe. W unerwieniu pęcherza i cewki moczowej biorą udział 3 rodzaje nerwów: rdzeniowe, współczulne i autonomiczne. Nerw współczulny powoduje zwiotczenie mięśnia opróżniającego pęcherz i skurcz zwieracza wewnętrznego pęcherza, zaś nerw autonomiczny odwrotnie powoduje skurcz mięśnia opróżniającego pęcherz i zwiotczenie zwieracza. Zazwyczaj w chorobach nerwowych występuje kolejno utrudnienie oddawania moczu, zatrzymanie moczu, wreszcie nietrzymanie, które w schorzeniach dolnego odcinka rdzenia występuje jako objaw wczesny, wreszcie rzadziej zdarza się okresowe automatyczne opróżnianie się przepełnionego pęcherza bezwiednie. Head, Riddoch i Hunter uzależnili zatrzymanie moczu od stanu kurczowego podrażnienia w obrębie nerwu współczulnego, występującego wskutek przerwy w działaniu szlaków piramidowych, podobnie jak wskutek tej przerwy występuje stan kurczowy w mięśniach kończyn. Autor nie zgadza się z tem przypuszczeniem i sądzi, że mechanizm zatrzymania moczu należy uzależnić od porażenia nerwu autonomicznego powodującego zwiotczenie mięśnia opróżniającego pęcherz przyczem mięśnie krocza znajdujące się w stanie kurczowym uciskają na cewkę i zapobiegają wyciekaniu moczu. W cierpieniach dolnego odcinka rdzenia mięśnie krocza ulegają porażeniu i dlatego występuje odrazu nietrzymanie moczu, który stale wycieka z cewki, podobnie w wiądzie rdzenia zwiotczenie mięśni krocza powoduje nietrzymanie moczu.

Kasanin i Petersen: *Psychoza jako objaw wczesny zapalenia mózgu nagminnego. (Psychosis as an early sign of epidemic encephalitis).* Autorzy podają w streszczeniu opis czterech przypadków, w których objawy choroby umysłowej wystąpiły w postaci ostrej, przyczem dalszy przebieg wykazywał w niektórych z tych przypadków podobieństwo do psychozy manjakalno depresyjnej, w innych do schizofrenji. W przypadkach tych wystąpiły następnie nieznaczne zaburzenia w dziedzinie układu nerwowego jak zez i skurcze mięśniowe, co skłoniło autorów do rozpoznania w tych przypadkach zapalenia mózgu nagminnego.

Gordon: *Uwagi o astereognozie. (Remarks on astereognosis).* Na podstawie przypadku, w którym u chorego wystąpił nagle niedowład w obrębie gałązki dolnej lewego nerwu twarzowego, niezręczność ruchów palcami lewej ręki, nieznaczne osłabienie czucia bólowego, cieplnego i głębokiego w lewej ręce, wybitna astereognoza i lewostronny objaw Oppenheima i Gordona, autor zastanawia się nad umiejscowieniem w mózgu zmian, powodujących astereognozę. Przypadek ten, zdaniem autora, potwierdza przypuszczenie Redlicha, zaś astereognoza występuje w zależności od uszkodzenia zawoju ciemieniowego wstępującego. W danym przypadku uległa uszkodzeniu część dolna zawoju czołowego wstępującego, powodując niedowład nerwu twarzowego i lekki niedowład ręki oraz część dolna zawoju ciemieniowego wstępującego, powodując utratę zdolności rozpoznawania przedmiotów za pomocą dotyku, czyli asymbolję Wernikego.

Koelichen (Warszawa).

Archives of Pediatrics.

Tom XLIII. Nr. 11.

Blanco Leon Velasco: *Zastosowanie autoszczepionek w leczeniu niektórych zakażeń wieku dziecięcego.* Autor przytacza 4 opisy przypadków ropnego, pneumokokkowego zapalenia opłucnej u dzieci w wieku $1^1/_2$ roku do 8 lat, u których po dokonanej pleurotomji z wycięciem żebra zastosowano z dobrym skutkiem następowe leczenie podskórnemi wstrzykiwaniami autowakcyny.

Autor jest także zwolennikiem leczenia autowakcyną zapalenia miedniczek u dzieci i dla ilustracji przedstawia 9 opisów choroby, stwierdzających skuteczność stosowanej terapji.

Platon Erling S. i Collins L.: *Studjum kliniczne o zapobieganiu i o leczeniu surowicą płonicy.* Autorowie robili doświadczenia nad szczepieniem za pomocą toksyny płoniczej Larsona na materjale 150 dzieci. Naogół małe dawki, t. j. 3000 jednostek skórnych nie wystarczają do uodpornienia przeciw płonicy nawet na przeciąg 3 tygodni. Natomiast ta sama toksyna stosowana w dawkach większych — t. j. w 9000 jednostek zmieniała w wielkim odsetku odczyn Dicka dodatni na ujemny na przeciąg 12 miesięcy i uodporniała przeciw zachorowaniu.

Autorowie przeprowadzili porównawcze leczenie płonicy surowicą Dicka i Docheza na materjale 190 dzieci. U stu leczonych dzieci stwierdzili dodatnie wyniki w stosunku do ciepłoty, wysypki i objawów — zwłaszcza w przypadkach leczonych wcześnie. Surowica działa dodatnio na toksemję i zmniejsza powikłania płonicze, nie wpływa na przebieg spraw septycznych i niema własności zapobiegawczych.

Weston W.: *Zagadnienie pożywienia.* II. Uwagi nad składnikami pokarmu.

Streszczenie zbiorowe prac angielskich i amerykańskich.

De Sanctis A. G.: *Ropne zapalenie osierdzia.* Opis przypadku. Przypadek dotyczy $3^1/_2$ letniej dziewczynki, u której rozwinęło się ropne zapalenie opłucnej w następstwie po niedawno przebytem zapaleniu płuc. Rozpoznanie ustalono na podstawie obrazu roentgenologicznego i nakłucia próbnego w piątej przestrzeni międzyżebrowej w odległości $^1/_2$ cm, na lewo od mostka. W 2 dni potem wykonana perikardjotomja usunęła 750 cm^3 ropy. Ranę drenowano. W miesiąc po operacji dziecko opuściło szpital zupełnie wyleczone.

Gleich Morris: *O ropniu podprzeponowym.* Opis 2 przypadków. Jeden dotyczy dziewczynki 10-letniej, drugi chłopca 18-miesięcznego. Oba przypadki wyleczono chirurgicznie.

Forbes R. P. i Green B.: *Porównanie wartości skórnego i śródskórnego odczynu tuberkulinowego.* Dzieci Zakładu sierót wykazują do 5-go roku życia włącznie w 14,58% odczyny tuberkulinowe dodatnie, w 6-ym—10-go roku życia w 21,53% i w 11-ym do 15-go roku życia w 31,57%.

Na 131 dzieci 15,26% wykazywało dodatni odczyn skórny Pirqueta i taki sam procent miał odczyn śródskórny Mantoux 1/100 mg.

Rozcieńczenie 1/10 mg. zwiększyło odsetek odczynów tuberkulinowych do 21,37%.

Lichtenstein A.: *Badania hematologiczne nad wcześniakami ze szczególnem uwzględnieniem warunków towarzyszących anemji.* Wcześniaki przedstawiają naogół w pierwszych dwóch miesiącach życia anemją o typie hipoplastycznym.

Anemja alimentarna rozwija się najczęściej u wcześniaków żywionych wyłącznie mlekiem wskutek braku żelaza i przybiera postać *anemiae pseudoleucaemicae.* Podawanie dużych dawek żelaza działa leczniczo i dzieci znoszą je dobrze.

Włodzimierz Mikułowski (Warszawa).

British Journal of Radiology.

April 1926.

H. Wintz: *Roentgenoterapja raka piersi.* (Odczyt wygłoszony w czasie I-ego Międzynarodowego Zjazdu radjologów w Londynie, 1925). Autor leczył 300 przypadków w czasie 1918—1924, uwzględnia jednak tylko przypadki, obserwowane przez 3 lata.

Przyjmując podział Steinthala, a. dzieli swój materjał na 3 grupy:

Grupa I. Guz przesuwalny — tylko w gruczole sutkowym; gruczoły limfatyczne pachowe i nadobojczykowe wolne.

Grupa II. Naciek nowotworowy przechodzi na otaczające tkanki; gruczoły pachowe powiększone.

Grupa III. Podobnie jak grupa II. lecz z powiększeniem gruczołów nadobojczykowych i ewent. z przerzutami.

	Leczonych	Wyleczonych po 3 latach		Wynik niepomyślny
		ilość	%	
Grupa I.	21	20	95·2	1
Grupa II.	41	28	68·2	13
Grupa III.	44	8	18·1	36

Do liczby wyników niepomyślnych wlicza a. przypadki o których brak wiadomości, oraz wypadki śmierci wskutek innych cierpień, co tembardziej podnosi wartość statystyki.

Podaje też autor zestawienie przypadków obserwowanych dłużej niż 3 lata, i wyciąga z niego wniosek, że, aby otrzymać dobre wyniki, trzeba wybierać do roentgenoterapji wczesne okresy choroby.

Czas po ukończeniu leczenia	Z grupy (w) g Steinthala	Ogólna liczba leczonych	Wyleczonych	
			ilość	%
W 3 lata	I. i II.	62	48	77
	III.	44	8	18·1
W 4 lata	I. i II.	47	31	65·9
	III.	36	3	8·5
W 5 lat	I. i II.	35	17	48·5
	III.	11	2	18·8
W 6 lat	I. i II.	28	9	32·1
	III.	10	1	10·0
W 7 lat	I. i II.	15	3	20·0
	III.	4	—	

18% wyleczeń po 3 latach obserwacji w grupie III nie każda chirurgiczna statystyka może się pochwalić, tembardziej, że W. do swej III. grupy wliczał też wiele przypadków, nienadających się do operacji.

Wyniki w grupie II i I są według autora lepsze, niż wyniki, podawane przez statystyki najlepszych chirurgów.

Występujące czasem po leczeniu włókniste zmiany w płucach, spostrzega się po udoskonaleniu techniki coraz rzadziej.

A. nie jest zwolennikiem roentgenoterapji zapobiegawczej bezpośrednio po operacji; naświetla on dopiero w razie wystąpienia nawrotu lub przerzutów. O ile zaś to nie ustępuje, stosuje autor na całej zagrożonej okolicy 90—100% dawki skórnej (Unit Skin Dose), lecz dopiero w 6—8 miesięcy po operacji.

Zawadowski (Warszawa).

The American Journal of Roentgenology.

Marzec 1926.

C. Winfield Perkins: *500 badań promieniami Roentgena dzieci celem stwierdzenia stanu grasicy.* Zbadawszy 500 dzieci cierpiących na przerost migdałków i wyrośle adenoidalne. P. dochodzi do wniosku, że żaden chirurg nie powinien przystępować do operacji dziecka bez uprzedniego zbadania klatki piersiowej, celem przekonania się o stanie serca i grasicy. Nierzadko są bowiem przypadki śmierci w czasie narkozy, w których autopsja wykazuje powiększoną grasicę, oraz przerost ogólny tkanki limfatycznej, t. zw. *status lymphaticus.* A jest rzeczą znaną, że osobniki cierpiące na przerost migdałków, miewają też i powiększoną grasicę, choć klinicznie nie zawsze daje się to stwierdzić. Od niedawna dopiero zaczęto badać grasicę radjologicznie, i osiągnięto tą drogą doskonałe wyniki w różniczkowaniu przerostu grasicy od tych przypadków, w których stridor i sinica zależały od rozwojowych wad serca i naczyń. Badanie to przedstawia nieraz duże trudności, bo powiększona grasica może być położona dość nisko w śródpiersiu, tak że zakrywa ją cień serca, lub może być widoczna tylko w czasie wydechu, zaś znikać podczas wdechu.

Naświetlania promieniami X, zastosowane pomimo negatywnego obrazu radjologicznego, dawały nieraz wynik pomyślny, t. j. ustąpienie duszności i sinicy. Na 500 badań, autor wykrył 25 przypadków wyraźnego w obrazie radjologicznym powiększenia grasicy, ustalając przez to przeciwwskazanie do operacji. Jedno z dzieci, u którego badanie nie wykazało powiększenia, zmarło w czasie narkozy, a autopsja stwierdziła istnienie dużej grasicy, położonej nisko, tak, że w obrazie radjologicznym zasłaniał ją cień serca.

Zawadowski (Warszawa).

Piśmiennictwo niemieckie.

Münch. Med. Wochschr.

Nr. 19, r. 1926.

Jüngling-Holfelder: *Pooperacyjne naświetlanie promieniami X raka piersi.* (Referat na 17 zjeździe Niemieckiego Towarzystwa Roentgenologicznego w kwietniu 1926 w Berlinie). Intensywne naświetlania są mniej skuteczne, niż dawki mniejsze, aplikowane w przeciągu dłuższych okresów, przyczem całkowita dawka nie powinna być mała (4—5 dawek rumieniowych). Skutek wywołuje bezpośrednie działanie energji promienistej na komórkę nowotworową, jednakże cały organizm i otaczające tkanki biorą ważny udział w powstrzymywaniu rozrostu nowotworu i zapobieganiu nawrotowi.

Intensywne naświetlania dużemi dawkami mogą wywrzeć skutek ujemny przez osłabienie siły ochronnej organizmu i uszkodzenie zdrowych tkanek w okolicy blizny.

Aby uniknąć szkodliwego działania na organy wewnętrzne (płuco ,krew krążącą), stosuje Holfelder naświetlania boczne w kierunkach stycznych do klatki piersiowej.

Podjęta ankieta wykazała, że z pośród 25 klinik niemieckich 10 klinik stosuje z reguły naświetlania zapobiegawcze, 10 klinik nie stosuje ich wcale, zaś 5 stosuje naświetlania w pewnych szczególnych warunkach. W każdym razie zabieg operacyjny powinien być mimo zamierzonego naświetlania jaknajbardziej doszczętny. W grupie I (według Steinthala) referenci nie radzą wogóle naświetlań pooperacyjnych.

Zawadowski (Warszawa).

NEKROLOGJA.

Dr. STANISŁAW KRASOWSKI.

W 10 rocznicę śmierci napisał Przyjaciel. Poznań 1926. (Nakładem autora). Sttr. 62.

Niejeden z lekarzy polskich, którzy padli ofiarą w czasie ostatniej wojny, był chlubą i ozdobą naszego zawodu. Powszechna zawierucha, wielkie wypadki dziejowe, przygłuszyły te straty i przyćmiły wspomnienie nawet o tych, których charakter, talent i praca budziły cześć kolegów i współobywateli. Ale pamięć ich żyje w duszy przyjaciół, patrzących z bliska na ich działalność i we wdzięcznych sercach ludzkich. Wzruszającym tego dowodem jest książeczka, skreślona bezimiennie jako wyraz hołdu dla ś. p. Dr. Stanisława Krasowskiego. Był on taką czystą, świetlaną postacią, która po sobie pozostawia wpływ niezatarty.

Pochodził z rodziny ziemiańskiej, osiadłej na małym folwarczku w Dolinie we wschodniej Małopolsce. Urodzony w r. 1862, przebył szkoły średnie w Stanisławowie, studja lekarskie w Krakowie, gdzie zostawszy asystentem kliniki chirurgicznej, wykształcił się pod kierunkiem prof. L. Rydygiera na wybitnego chirurga. Przez krótki czas kierował szpitalem w Gorlicach, od r. 1902 szpitalem w Stanisławowie, gdzie działalnością lekarską i społeczną, niezwykłym humanitaryzmem, poświęceniem całego siebie dla służby drugim takie sobie zjednał uznanie i miłość, iż po jego śmierci jedną z ulic tego dużego miasta nazwano jego imieniem. W czasie kilkakrotnych inwazyj rosyjskich nie opuścił swego posterunku, broniąc od szkód powierzony sobie szpital, a współmieszkańców od klęsk wojennych. Zmarł w r. 1916 z duru plamistego, cały swój majątek przeznaczając na cele dobroczynne (zakład sierot i i.).

Wspomnienie, wydane o nim w dziesięć lat po śmierci przez bezimiennego autora, wymownie świadczy o pięknie duchowem ś. p. Krasowskiego, (co potwierdzą wszyscy, którzy go kiedyś znali), a owiane jest tem serdecznem ciepłem, z jakiem gorący katolik — takim jest autor — musi się odnosić do człowieka, wcielającego w życiu ideały chrześcijaństwa.

r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23) odbędą się o godz. 8-ej wieczorem następujące odczyty: 1) W piątek dn. 11 lutego. Prof. Henryk Mościcki — „Polska a Niemcy". 2) W piątek dn. 25 lutego. Prof. Gabryel Tołwiński — „Zaćmienia słońca i księżyca oraz zaćmienia gwiazd i planet". Przezrocza. 3) W piątek dn. 11 marca. Prof. Aleksander Janowski — „Wrażenia z osobistej podróży po Brazylji i Argentynie". Liczne przezrocza.

Polski Związek Przeciwgruźliczy. II. Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą". Polski Związek Przeciwgruźliczy przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) organizuje II. Kurs Uzupełniający dla lekarzy, mający za zadanie przygotowanie lekarzy dla instytucyj przeciwgruźliczych, a zwłaszcza dla lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych. Obecny Kurs 3-miesięczny będzie miał charakter ściśle praktyczny. Każdy ze słuchaczy Kursu będzie miał możność praktycznego opanowania Kliniki gruźlicy (w całej rozciągłości) przez odbycie praktyki (Stage'u) w zakresie gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej w klinikach Uniwersytetu Warszawskiego i na oddziałach szpitalnych. Nadto każdy słuchacz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w Warszawskich Poradniach przeciwgruźliczych. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) i Związek Przeciwgruźliczy, pragnąc ułatwić pewnej liczbie lekarzy odbycie Kursu, wyznaczyli dla 5 lekarzy stypendja w wysokości 750 złotych dla każdego uczestnika. Nadto 10 lekarzy będzie mogło odbyć Kurs bez żadnej opłaty za udział w Kursie. Kurs ten rozpocznie się dnia 14 marca r. b. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze, wydelegowani przez Towarzystwa Przeciwgruźlicze, Departament Służby Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Podania należy składać pisemnie, pocztą lub osobiście w biurze Związku Przeciwgruźliczego (Chocimska 24, Państwowa Szkoła Higjeny), od godz. 10—3 do dnia 1 marca r. b. Przy podaniach należy dołączyć: 1) krótkie curriculum vitae, z podaniem dotychczasowej działalności; 2) Lekarze, delegowani przez wyżej wymienione instytucje, winni złożyć zaświadczenie od tej instytucji; 3) Zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy, przynajmniej przez 2 lata po ukończeniu Kursu. O przyjęciu na kurs decydować będzie Komisja Organizacyjna na posiedzeniu dnia 2 marca r. b., poczem natychmiast wszystkim kandydatom wysłane będą zawiadomienia. W skład Komisji weszli: Prof. Dr. Witold Orłowski (przewodniczący) Dr. Kazimierz Dłuski i Dr. Stefan Rudzki. Po ukończeniu Kursu wydawane będą odpowiednie świadectwa. Sekretarz Wykonawczy: (—) Dr. Paradistal. Prezes: (—) Dr. Wroczyński.

Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. med. Jan Bączkiewicz otrzymał od Prezydjum Młodej Generacji lekarzy Związku Czechosłowackiego pismo, w którem uczestnicy wycieczki lekarskiej do Polski w pierwszych dniach Listopada ubiegłego roku, wspominając z wdzięcznością epizody swego pobytu w Polsce, serdecznie dziękują za okazaną gościnność, szczególniej przyjęcie przez organizacje w lokalu Towarzystwa Lekarskiego i przyjęcie w Wilnie i cieszą się na myśl przybycia wycieczki polskiej do Czechosłowacji. Jednocześnie proszą o wyrażenie wszystkim kolegom z którymi mieli możność poznania się wyrazów gorącej podzięki.. Odezwa podpisana przez prezesa Dra Milana Janu i sekretarza(nazwisko nieczytelne).

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę 9 b. m. w sali Krak. Tow. Lekarskiego o godzinie 8,15 wiecz. posiedzenie naukowe z następującym porządkiem dziennym: Z Państwowej Szkoły Położnych: I. Dr. A. Markowa: Demonstracja chorej. II. Odczyt Dra Niewoli: O kleszczach Kielanda.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę 16 b. m. o godzinie 8-ej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego posiedzenie naukowe na którem wygłosi prof. Dr. Wachholz odczyt p. t.: „O zbrodniczem rozkawałkowaniu zwłok".

Lwów.

Lwowskie Tow. Lekarskie. III. posiedzenie naukowe odbyło się dn. 11. lutego. Po dyskusji w sprawie wąglika, doc. Rothfeld przedstawił 2 przypadki „przymusu ruchowego" na tle organicznem, drowie Meisels i Fritz przypadek Eventratio diaphragmatis u dziecka, a dr. Smoliński u dorosłego, prof. Ostrowski przypadek podwiązania żyły jarzmowej przy zakażeniu pochodzenia usznego, wreszcie dr. Chrapek wygłosił odczyt p. t.: „Badania (własne) nad wchłanianiem się roztworów, wstrzykniętych dooskrzelowo i zastosowanie tej drogi do celów leczniczych". Następne posiedzenie (18 lutego) będzie poświęcone leczeniu cukrzycy zapomocą syntaliny, a dalsze (25 lutego) sprawie szczepienia ochronnego i profilaktyce w płonicy.

Poznań.

Program V. Ogólnego Zjazdu Higjenistów Polskich w Poznaniu od 28 czerwca do 1 lipca 1927 roku. Pod honorowem Prezydjum: P. Marszałka Sejmu Macieja Rataja, p. Marszałka Senatu W. Trąmpczyńskiego, P. Wice-Premjera Kazimierza Bartla i Ministra Spraw Wewnętrznych dr. Sławoj Składowskiego. 1. V. Zjazd Higjenistów Polskich odbędzie się w Poznaniu w dniach 28, 29 i 30 czerwca oraz 1 lipca 1927 roku. 2. Uczestnikami Zjazdu, oprócz członków Towarzystwa Higjenicznego w Warszawie oraz Oddziałów jego czynnych w Polsce mogą być: a) Przedstawiciele instytucyj i władz zainteresowanych szczególnie w organizacji zdrowia publicznego, b) Delegaci Towarzystw społecznych, c) Inżynierowie, architekci, lekarze, ekonomiści i finansiści, oraz ziemianie miłośnicy higjeny, w szczególności interesujący się poprawą stosunków zdrowotnych w państwie. 3. Program Zjazdu obejmuje dwie sprawy zasadnicze: A. Organizacja zdrowia publicznego w samorządach. — B. Walka z klęską mieszkaniową. 4. Referaty zgłaszać należy do Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego (Karowa 31 w Warszawie) do dnia 15 marca 1927 r. razem z wnioskami z referatu. 5. Pożądane jest jak najwcześniejsze zgłaszanie się członków, celem ustalenia ostatecznego organizacji rozpraw i najpomyślniejszego załatwienia spraw gospodarczych. 6. W dniu 27 czerwca o godz. 9 wieczorem odbędzie się zebranie luźne członków w Bazarze celem wzajemnego poznania się. 7. W dniu 28 czerwca o godz. 9 m. 30 odbędzie sie otwarcie Zjazdu w auli Uniwersytetu. Po zatem odbędą się zebrania dyskusyjne Zjazdu w godzinach 9—13 i 15—18 w salach, które będą później wskazane. W godzinach rannych przed posiedzeniami odbędzie się zwiedzanie urządzeń sanitarnych m. Poznania. 8. Dnia 28 czerwca wieczorem odbędzie się raut wydany przez Zarząd miasta, 29 czerwca wieczorem odbędzie się przedstawienie w teatrze miejskim na cześć uczestników Zjazdu. 9. W dniu 30 czerwca odbędzie się dalsze zwiedzanie Poznania. W czwartym dniu Zjazdu (1-go lipca) członkowie Zjazdu zwiedzą miasteczko Oborniki, a w nim rzeźnię, chłodnię, zakład leczniczy dla chorych na płuca, wodociągi, kanalizację i pola irygacyjne. Wreszcie w drodze powrotnej uczestnicy Zjazdu podzieleni na grupy zwiedzą Inowrocław, Ostrów i inne miejscowości według planu jaki będzie ogłoszony. 10. Specjalna komisja gospodarcza zapewni mieszkania uczestnikom Zjazdu w hotelach na możliwie przystępnych warunkach, oraz w domach prywatnych według kolejności zgłoszeń i wyrażonego życzenia. 11. Składka członkowca wynosi 20 złotych. Członkowie i rodziny członków płacą połowę. 12. Przy Zjeździe urządzona będzie wystawa urządzeń sanitarnych dokonanych przez samorządy. Komitet Organizacyjny składają: Zarząd Główny Towarzystwa Higjenicznego i Zarządy Oddziałów Towarzystwa in corpore. Oraz kilkudziesięciu wybitnych działaczy na polu zdrowotności. — Komitet Gospodarczy w Poznaniu: Prezydjum honorowe: Ks. Prymas Hlond, Bniński, woj. pozn. Hauzer, dow. korpusu, Ratajski, prez. miasta. Prezes aktualny prof. Gantkowski, członkowie: dr. Górski, nacz. woj. wydz. Zdrowia, inż. Hedinger, prez. Rady miejskiej, Kotowicz, nacz. wydz. wodociągu, dr. Karwowski, prez. wyd. lek. Tow. przyj. nauk, Krzyżanowicz, dyr. Targów miejskich, prof. Piasecki, dr. Szulc nacz. lek. miasta, dr. Wierusz i dr. Zaleski.

Sprostowanie błędów drukarskich, jakie popełniono przy wykańczaniu numeru 7-ego Polskiej Gazety lek. z 13 lutego 1927

1) na stronie 134 w szpalcie prawej wypuszczono przy łamaniu po drugim wierszu z góry wiersz o następującem brzmieniu: „alopecję. Próbował stosować go przy sprawach grzybkowych (Mi-"

2) wiersz 4-ty, jako powtórzenie 3-ciego jest zbędny.

3) na stronie 140 w szpalcie prawej wiersz 17-ty od dołu zamiast „rougevle", ma być „rougeole".